

**Early Head Start:  
 Inscripción de embarazo**

**Solicitante:** \_\_\_\_\_  
(Apellido/s) (Nombre/s)

**Fec. Nac.:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Día de Inscripción:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

**¿Tiene usted cobertura médica?**  Sí  No

*De ser así,*

<b>MA:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Badger Care:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Healthy Start:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Otra (Identifique):</b> _____ <b>HMO:</b> <input type="checkbox"/> Dean <input type="checkbox"/> GHC <input type="checkbox"/> Unity <b>Si no, ¿ha solicitado usted?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Ha sido negado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Seguro Privado:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compañía: _____ Grupo: _____ Individual: _____ Asegurado: _____ # de política: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nombre de médico principal:**

**No tiene médico regular**

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico/clínica  
 \_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**Nombre del médico prenatal principal:**

**No tiene un médico prenatal principal**

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico/clínica  
 \_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**¿Tuvo usted un examen dental y/o tratamiento dentro de los 12 meses pasados?**  Sí  No

*De ser así, fecha del examen:* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

**¿Está usted recibiendo cuidado médico continuo por una condición médica?** Sí No

**¿De ser así, por cual tipo de condición?** \_\_\_\_\_

**¿Está usted recibiendo o has recibido en los últimos 12 meses, servicios de salud mental?** Sí No

**De ser así, por favor identifique cual tipo de servicios:** \_\_\_\_\_.

**¿Quién es el doctor?** \_\_\_\_\_ **y cuál es la clínica** \_\_\_\_\_?

**¿Cuál medicamentos está usted tomando o ha tomado en los últimos 12 meses?** \_\_\_\_\_