

## Solicitud de Cobertura de Atención Médica de la Adolescente Embarazada (para menores de 19 años)

### Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido	
Dirección del lugar donde vive <i>(Si no tiene una dirección fija, por favor brinde una dirección de correo a continuación.)</i>					
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Dirección de correspondencia <i>(Si usted prefiere enviar toda la correspondencia a un representante autorizado, por favor complete a continuación)</i>					
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
<b>Números telefónicos preferidos</b>					
¿Un médico o proveedor puede dejarle un mensaje en estos números? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, no conteste esta sección.					
Número de contacto:			Número de correo de voz:		
<b>Servicios de idioma y discapacidad</b>					
¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Necesita un intérprete?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Necesita materiales traducidos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Qué idioma prefiere hablar? _____					
¿Qué idioma prefiere leer? _____					
<b>Preguntas</b> <i>(Su respuesta a estas preguntas no afectará sus coberturas)</i>					
¿Es usted un ciudadano estadounidense o inmigrante legal que reside en los EE.UU?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Usted es Indio Americano o Nativo de Alaska?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Usted quiere que su embarazo se mantenga de forma confidencial?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Tiene algunos gastos médico derivados de su embarazo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>		Fecha en el embarazo terminó <i>(mm/dd/aaaa) (Si no lo sabe, un estimado.)</i>		Número de seguro social <i>(Si no lo tiene, deje un espacio en blanco.)</i>	
<b>Representante autorizado opcional</b> <i>(Un AREP es alguien que permite que la Autoridad de Atención Médica hable con usted acerca de su cobertura y/o cobertura para la Atención Médica de la Adolescente Embarazada.) Para tener un AREP, por favor complete la siguiente información.</i>					
Nombre de AREP		Nombre de la organización		Número de teléfono	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Revise cualquiera o ambos <input type="checkbox"/> Envíe mi correspondencia a la dirección de correo. <input type="checkbox"/> Envíe mi correspondencia a la dirección de este AREP.					
<b>Lea atentamente antes de firmar</b>					
Entiendo que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi situación está sujeta a verificación por parte de la Agencia de Atención Médica o de cualquier otra agencia estatal o federal.</li> <li>• Si pedí que mi embarazo sea mantenido de forma confidencial, ningún otro seguro será facturado por los servicios que reciba a través de este programa.</li> </ul>					
<b>Declaración y firma</b>					
He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.					
Firma del solicitante				Fecha	