



Loudoun County Health Department

P.O. Box 7000
Leesburg, VA 20177-7000



Environmental Health
Phone: 703 / 777-0234
Fax: 703 / 771-5023

Community Health
Phone: 703 / 777-0236
Fax: 703 / 771-5393

ELEGIBILIDAD PARA PLANIFICACION FAMILIAR

LA ELEGIBILIDAD SE HACE SIN CITA EL DIA MIERCOLES SOLAMENTE
DURANTE LAS HORAS DE 9:00-11:00AM Y 1:00-3:00PM EN ORDEN DE LLEGADA

Por favor complete la forma de registraci3n y traiga lo siguiente:

IDENTIFICACION con fotografia

PRUEBA DE DIRECCION con su nombre y direcci3n actual

PRUEBA DE INGRESOS de todos los miembros de la familia (usted, esposo/pareja)

Debe presentar un documento de cada una de las siguientes categorias:

IDENTIFICACION

- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Identificaci3n de otro pais
- Tarjeta de residencia
- Identificaci3n de escuela

PRUEBA DE DIRRECCION (con su nombre y su dirrecci3n)

- Licencia de conducir
- Recibo de utilidad
- Cobro de oficina de doctor
- Identificaci3n con direcci3n actual
- Contrato de vivienda oficial (no se aceptan cartas de vivienda)

PRUEBA DE INGRESOS

- Los ultimos 3 talones de pago con fecha consecutiva
- Carta escrita por el empleador
- Impuestos solamente si es due1o de su propio negocio
- Carta de beneficios de desempleo
- Carta de beneficios de servicios sociales
- Carta de manutenci3n de ni1os

**** NO SE ATTENDERAN PERSONAS PARA ELEGIBILIDAD NUNGUN OTRO DIA****

FECHA: _____

REGISTRACION

COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCION CON LA INFORMACION DE LA PERSONA QUE RECIBIRA LOS SERVICIOS

1. NOMBRE COMPLETO:			GENERO:	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION:				
TELEFONO DE CASA:	TELEFONO CELULAR:	TELEFONO DEL TRABAJO:		
NUMERO DE TARJETA DE SEGURO SOCIAL:	PAIS DE ORIGEN:	ESTADO CIVIL:		
¿TIENE SEGURO PRIVADO DE SALUD?	¿TIENE MEDICAID?	¿QUE IDIOMA(S) HABLA?		

LA SIGUIENTE SECCION ES SOBRE TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA QUE VIVEN CON USTED

(ESPOSO(A) / PAREJA, HIJOS Y/O DEPENDIENTES BAJO TUTORIA LEGAL)

2. NOMBRE COMPLETO:			GENERO:	FECHA DE NACIMIENTO
PARENTESCO:	¿ESTA PERSONA TIENE SEGURO PRIVADO DE SALUD O MEDICAID?			
3. NOMBRE COMPLETO:			GENERO:	FECHA DE NACIMIENTO
PARENTESCO:	¿ESTA PERSONA TIENE SEGURO PRIVADO DE SALUD O MEDICAID?			
4. NOMBRE COMPLETO:			GENERO:	FECHA DE NACIMIENTO
PARENTESCO:	¿ESTA PERSONA TIENE SEGURO PRIVADO DE SALUD O MEDICAID?			
5. NOMBRE COMPLETO:			GENERO:	FECHA DE NACIMIENTO
PARENTESCO:	¿ESTA PERSONA TIENE SEGURO PRIVADO DE SALUD O MEDICAID?			
6. NOMBRE COMPLETO:			GENERO:	FECHA DE NACIMIENTO
PARENTESCO:	¿ESTA PERSONA TIENE SEGURO PRIVADO DE SALUD O MEDICAID?			



Environmental Health
Phone: 703 / 777-0234
Fax: 703 / 771-5023

Loudoun County Health Department

P.O. Box 7000
Leesburg VA 20177-7000



Community Health
Phone: 703 / 777-0236
Fax: 703 / 771-5393

La seguridad de sus hijos durante su cita

Le pedimos que no traiga a sus hijos a su cita en la clínica.

Hablamos sobre asuntos privados, que tal vez usted no desee que sus hijos escuchen.

Hacemos exámenes físicos que tal vez usted no desee que sus hijos vean.

La seguridad de sus hijos es sumamente importante, por tanto, no se les puede dejar desatendidos en el pasillo o en la sala de espera.

No podemos responsabilizarnos por sus niños mientras le atendemos a usted.

Además, los niños mayores no pueden hacerse responsables del cuidado de sus hermanos menores en la sala de espera. La seguridad del edificio no permite niños desatendidos en el vestíbulo.

Si no puede encontrar quien le cuide a su hijo, por favor traer un coche/ carriola o un asiento para el carro y así asegurar a su bebe durante su examen.

Queremos brindarle el mejor servicio posible. En caso de que el comportamiento de su hijo sea problemático y/o incontrolable durante la cita, tal vez nos veamos en la obligación de cambiarle la cita.

Gracias a nombre del Personal de la clínica.