



# 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

## **PROCESO DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE MATERNIDAD**

Si usted ya tiene su prueba de embarazo y aun no tiene cita para aplicar, por favor llame al 703-777-0236 y pida una cita para aplicar al programa de maternidad.

**\*SI USTED TIENE SEGURO DE SALUD PRIVADO O MEDICAID NO CALIFICA PARA NUESTRO PROGRAMA\***

### **ESTOS SON LOS DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD**

1. **IDENTIFICACION** con fotografía
2. **PRUEBA DE DIRECCION** con su nombre y dirección actual
3. **PRUEBA DE EMBARAZO** – hecha por personal médico
4. **PRUEBA DE INGRESOS** correspondiente a cada uno de los miembros de su familia (usted/esposo/pareja  
**\*\*Si usted no presenta todos los documentos, tendrá que hacer una nueva cita\*\***

### **ESTOS SON EJEMPLOS DE LO QUE PUEDE PRESENTAR PARA CADA CATEGORIA:**

1. **IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA**
  - a. Pasaporte
  - b. Licencia de Conducir
  - c. Identificación de su país
  - d. Tarjeta de Residencia
2. **PRUEBA DE DIRECCION:** con su nombre y dirección actual
  - a- Un recibo de electricidad, gas, teléfono, celular, doctor o laboratorio
  - b- Contrato de Alquiler
  - c- Licencia de Conducir
1. **PRUEBA DE EMBARAZO: NO PODEMOS ACEPTAR PRUEBAS DE EMBARAZO CASERAS**
  - a- Hecha en el Departamento de Salud del Condado de Loudoun o en cualquier otro centro médico
  - b- Una ecografía/sonograma que indique las semanas de embarazo
  - c- Si ha recibido atención medica durante su embarazo en otra clínica, traiga su historia médica
2. **PRUEBA DE INGRESOS:**
  - a- Las tres últimas colillas de cheques con fechas consecutivas
  - b- Si recibe pago en efectivo puede presentar una carta hecha por la compañía para la cual trabaja, indicando cuantas horas trabaja a la semana y cuanto le pagan por hora
  - c- Si es dueño de su propio negocio puede presentar su última declaración de impuestos
  - d- Si usted no trabaja y vive con un amigo o familiar, debe presentar las 3 últimas colillas de esa persona, mas una carta explicando que le brindan vivienda y comida

**SU CITA PARA ELEGIBILIDAD SERA EN HEALTHWORKS FOR NORTHERN VIRGINIA**

**163 FORT EVANS ROAD NE LEESBURG, VA 20176 PRIMER PISO EN LA OFICINA DE MATERNIDAD**

**\*\*SI USTED LLEGA MAS DE 10 MINUTOS TARDE, TENDRA QUE HACER UNA NUEVA CITA\*\***

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.