



CHIP REFERRAL FORM

1201 Third Street, SW Roanoke, VA 24016
 PHONE:(540) 857-6993 FAX: (540) 857-6999

Referral Source (Fuente de referencia):		Telephone Number (Número de teléfono):	
Guardian Details (Información del Guardián)			
Name (Nombre): _____	Gender (Género):	<input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female (Femenino) <input type="checkbox"/> Other (Otro)	
Address (Dirección): _____	Primary Language: (Lengua Materna)	<input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Other (Otro) _____	
City (Ciudad): _____	Relationship (Relación):	<input type="checkbox"/> Mother (Madre) <input type="checkbox"/> Father (Padre) <input type="checkbox"/> Legal Guardian (Guardián legal) <input type="checkbox"/> Foster Parent (Padre de crianza)	
Zip Code (Código postal): _____	Telephone Number (Número de teléfono): _____	Have you been enrolled in CHIP before? <input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No ¿Has estado inscrito en CHIP antes?	
Insurance (Seguro): <input type="checkbox"/> None(Ninguna) <input type="checkbox"/> Medicaid	# of Adults in the Home (número de adultos en el hogar)		
# of Adults in the Home (número de adultos en el hogar)		# of Children in the Home (número de niños en el hogar)	
Are you pregnant? (¿Está embarazada?)		<input type="checkbox"/> Yes(Sí) <input type="checkbox"/> No	

Please indicate all other agencies working with the family (Por favor, indique todas las demás agencias que trabajan con la familia):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Department of Social Services / Child Protective Services
(Departamento de Servicios Sociales / Servicios de Protección infantil) | <input type="checkbox"/> Therapies / Early Intervention
(Terapias / Intervención Temprana) | <input type="checkbox"/> Local Health Department
(Departamento Local de Salud) |
| <input type="checkbox"/> Virginia Premier, "Healthy Heartbeats" | <input type="checkbox"/> Other (Otro) _____ | |

I am interested in using CHIP support for (Me interesa usar los servicios de CHIP para):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prenatal Education
(Educación Prenatal) | <input type="checkbox"/> High Risk Pregnancy Support
(Apoyo Embarazo de Alto Riesgo) | <input type="checkbox"/> Postpartum
(Postparto) | <input type="checkbox"/> Chronic Medical Condition
(Enfermedad Crónica) |
| <input type="checkbox"/> Parenting Education
(Educación de padres) | <input type="checkbox"/> Medical/Dental Appointment Coordination
(Coordinación de Citas Médicas/Dentales) | <input type="checkbox"/> Kindergarten Readiness
(Preparación para Kindergarten) | <input type="checkbox"/> Counseling Services
(Servicios de asesoramiento) |



CHIP REFERRAL FORM

1201 Third Street, SW Roanoke, VA 24016
 PHONE:(540) 857-6993 FAX: (540) 857-6999

Children in the home (Niños en el hogar)								
Name (Nombre)	Age (Edad)	Gender (Género)	Asthma (Asma)	NICU	Developmental Concerns (Preocupaciones para el desarrollo)	Chronic Medical Condition (Enfermedad Crónica)	Insurance (Seguro)	Legal Guardian (Guardián legal)
		<input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female(Femenino) <input type="checkbox"/> Other (Otro)					<input type="checkbox"/> None(Ninguna) <input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes(Si) <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female(Femenino) <input type="checkbox"/> Other (Otro)					<input type="checkbox"/> None(Ninguna) <input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes(Si) <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female(Femenino) <input type="checkbox"/> Other (Otro)					<input type="checkbox"/> None(Ninguna) <input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes(Si) <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female(Femenino) <input type="checkbox"/> Other (Otro)					<input type="checkbox"/> None(Ninguna) <input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes(Si) <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female(Femenino) <input type="checkbox"/> Other (Otro)					<input type="checkbox"/> None(Ninguna) <input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes(Si) <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female(Femenino) <input type="checkbox"/> Other (Otro)					<input type="checkbox"/> None(Ninguna) <input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Yes(Si) <input type="checkbox"/> No

Is there any additional information that may help us prepare for your enrollment visit? (i.e. Medical, Mental Health, or Social Concerns)¿Hay alguna información adicional que nos ayude a prepararnos para su visita de inscripción? (por ejemplo: Salud Médica, Salud Mental, o Preocupaciones Sociales)

I agree that I am allowing this information to be shared with CHIP for the purpose of contacting me to discuss possible enrollment for CHIP programs and services. Estoy de acuerdo con que estoy dando permiso para que esta información sea compartida con CHIP con el propósito de que se me contacte para hablar de la posibilidad de inscripción en los programas y servicios de CHIP.

Parent / Guardian Name (Printed)
 Nombre(impresso) del Padre / Guardián

Parent / Guardian Signature
 Firma del Padre / Guardián

Date
 Fecha

Referral Completed By (Printed)
 Referencia Completada por (Escribir en Letra de Molde)

Referral Completed By Signature
 Firma de la Persona que Ha Completado la Referencia.

Date
 Fecha