

INFORMACIÓN

Fecha

Estimado Padre o Guardia:

Los coordinadores del programa *Health Check* en su condado hacen todo el esfuerzo posible para asegurar que todo niño en el programa *Health Check* (Medicaid) reciba exámenes médicos regularmente y las vacunas apropiadas. Los exámenes médicos rutinarios y las inmunizaciones son muy importantes para la salud de sus hijos/hijas.

Como su Coordinador(a) de Health Check local, yo puedo asistir a su familia con lo siguiente:

Servicios de Transportación

WIC

Carolina ACCESS

NC Health Choice (cobertura médica para niños recién nacidos hasta 19 años de edad que no son elegibles para Medicaid)

Establecer citas con su doctor

Encontrar un médico

Encontrar un dentista

Anticipo poder trabajar con usted y su familia. Por favor llámame al **(HCC's phone number)**, Ext. **(Ext.)**.

Sinceramente,

(HCC's name), Coordinador(a) del programa *Health Check* del Condado de **(County Name)**

**SIEMPRE TRAIGA CONSIGO LA TARJETA DE
MEDICAID DE SU HIJO(A) CUANDO VISITE AL MÉDICO**

Su hijo no ha asistido a su examen médico (segundo aviso)

Fecha

Estimado Padre o Guardian:

(Child's name) no ha asistido a su examen médico. Usted puede llamar a su doctor o clínica **(PCP's name)** al **(PCP's phone number)** para hacer una cita. Si necesita ayuda estableciendo la cita o si necesita ayuda con la transportación, por favor llámame al **(HCC's phone number)**.

Gracias por permitir que el programa *Health Check* participe en el cuidado de la salud de **(Child's name)**. Recuerde que el programa *Health Check* paga el costo de exámenes médicos e inmunizaciones(vacunas) de **(child's name)**.

Sinceramente,

(HCC's name), Coordinador(a) del programa *Health Check* del Condado de **(County Name)**

**SIEMPRE TRAIGA CONSIGO LA TARJETA DE
MEDICAID DE SU HIJO(A) CUANDO VISITE AL MÉDICO**

Usted no asistió a su cita médica

Fecha

Estimado Padre o Guardian:

(Child's name) faltó a su cita para un su examen médico de rutina del día **(date)** en el consultorio del doctor **(PCP's name)**. Usted puede llamar a **(PCP's name)** al **(PCP's phone number)** para hacer otra cita con el médico. Si necesita ayuda estableciendo la cita o si necesita ayuda con la transportación, por favor llámame al **(HCC's phone number, extensión XXXX)**.

Gracias por permitir que el programa *Health Check* participe en el cuidado de la salud de **(child's name)**. Recuerde que el programa *Health Check* paga el costo de exámenes médicos e inmunizaciones(vacunas) de **(child's name)**.

Sinceramente,

(HCC's name), Coordinador(a) del programa *Health Check* en el Condado de **(County Name)**

**SIEMPRE TRAIGA CONSIGO LA TARJETA DE
MEDICAID DE SU HIJO(A) CUANDO VISITE AL MÉDICO**