



FORMULARIO DE INTERÉS/REFERENCIA DE SEGURO MÉDICO

Información para el cliente interesado o siendo referido:

Fecha de remisión: _____

Remisión enviada por: _____

Nombre del cliente referido: _____

Idioma preferido: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Teléfono: _____

**Me gustaría obtener más información sobre el siguiente programa:
(Por favor marque todo lo que corresponda)**

Cubierto California Medicare Privado Medi-Cal Otro

Información adicional:

Por favor de mandar por correo electrónico a:
Community Health Initiative
info@calchi.org