



Departamento de Salud Conductual del Condado de Kings Formulario de Continuidad de Cuidado

Fecha de solicitud: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Medí-Cal o Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____

Dirección: _____ Unidad # (si aplica): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Número telefónico alternativo: _____

¿Cuánto tiempo ha estado en tratamiento con su proveedor? : _____

¿Cuándo fue la última fecha que fue visto por su proveedor?: _____

Nombre de proveedor: _____ Teléfono de Proveedor #: _____

Contacto: _____

Firma: _____ Nombre impreso: _____

Relación con el beneficiario: _____