



Declaración del Proveedor de Servicios Médicos para Mujer Embarazada



Yo, _____, certifico que la paciente
Nombre del Proveedor (Favor Escribir)

abajo fue atendida por mi persona en _____, _____, 20__ y, por este
medio confirmo el embarazo de la paciente. (Mes) (Día)

Nombre de la Mujer Embarazada: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuál es la fecha estimada para dar a luz del paciente? _____

¿Cuántos bebés hay en el embarazo? _____

Firma del Proveedor

Fecha

Favor agregar este formulario a la aplicación de CoverKids.

También puede enviarlo por Fax al No. 1-866-913-1046

o por correo a la siguiente dirección:

CoverKids

P.O. Box 2010

Cleveland, TN 37320-2010

****Si el proveedor de servicios médicos (o su práctica) completando esta forma no trata este embarazo y parto o no está en la red de proveedores "Blue Cross/Blue Shield of Tennessee (BCBST) Network S provider"; favor vaya al sitio de Internet www.bcbst.com/providers/directory/ para encontrar un proveedor que participe en el programa de CoverKids/HealthyTNBabies que pueda proveer cuidado materno.

Usted también puede llamar para obtener ayuda al: 1-888-325-8386.****