

Congratulations Mom!

If you had Washington Apple Health coverage for your pregnancy, your baby can get FREE medical coverage through Apple Health for one year!



Mom's Information

Full Name: _____
(First Name) (Middle) (Last Name)

Date of Birth: _____ Social Security # : _____
(Month / Day / Year) (Write "None" if you don't have one)

Provider One # : _____ Phone Number: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Language : _____

Baby's Information

Full Name
As on Birth Certificate: _____
(First Name) (Middle) (Last Name)

Date of Birth: _____ Gender (circle one): Male Female
(Month / Day / Year)

Public Health
Seattle & King County



¡Felicidades, mamá!

Si tuvo la cobertura de Washington Apple Health para su embarazo, ¡su bebé puede obtener cobertura médica GRATUITA a través de Apple Health por un año!



Información de la madre

Nombre completo: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellidos)

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguridad Social # : _____
(Mes / Día / Año) (Escriba "Ninguno" si no tiene uno)

Número de ProviderOne: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma : _____

Información del bebé

Nombre completo como aparece en el acta de nacimiento:

(Nombre) (Segundo nombre) (Apellidos)

Fecha de nacimiento: _____ (Mes / Día / Año)

Género (encierra en un círculo) Hombre Mujer

