

FOR OFFICE ONLY:

Acct # _____
Initial _____ Date _____

PUGET SOUND NEIGHBORHOOD HEALTH CENTERS
Programa del centro de salud con base en la escuela

Formulario de registro del estudiante

Por favor ayúdenos a servirle mejor y cumplir con nuestros requisitos de informe proporcionando la siguiente información **confidencial**.

Nombre del estudiante en letra de imprenta _____ ☐ Mujer ☐ Hombre

(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección _____ Teléfono de domicilio _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Identificación del estudiante _____ Grado _____

Padre (Madre)/Guardián _____ Teléfono de domicilio _____ Relación _____

Otro teléfono _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Información para el seguro Es obligatorio llenar la siguiente información para el seguro.

¿Tiene el estudiante seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, qué tipo de plan: ☐ Privado/Comercial ☐ Medicaid/Healthy Options ☐ Basic Health Plan

Compañía de seguro y nombre del plan _____ Número de grupo o Medicaid _____

Dirección de la compañía de seguro _____ Teléfono _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____ # Seguro Social _____

Si la respuesta es no, ¿estaría interesado en saber más sobre el seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

Raza

De las siguientes ¿cuál describe mejor la **raza** del estudiante? (Por favor marque sólo una).

☐ Afroamericano/Nativo de África

☐ Caucásico/Blanco

☐ De las islas del Pacífico—Nativo de Hawai

☐ Nativoamericano/Nativo de Alaska

☐ Hispano/Latino

☐ De las islas del Pacífico — Otra

☐ Asiático

☐ Multi-Étnico

☐ Otra

Otra información

▪ ¿Vive el estudiante en vivienda pública? ☐ Sí ☐ No

▪ ¿Es el estudiante una persona sin hogar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí ¿cuál es la situación de vivienda?

☐ Comparte habitación ☐ Transición ☐ Albergue ☐ Calle ☐ Otro

▪ El estudiante o algún miembro de la familia ¿es inmigrante o trabajador agrícola de temporada? ☐ Sí ☐ No

▪ ¿Tiene el estudiante una incapacidad permanente que le impediría realizar sus actividades diarias? ☐ Sí ☐ No

▪ ¿Es el estudiante un inmigrante, refugiado o recién llegado a este país? ☐ Sí ☐ No

▪ ¿Cuántos miembros de la familia aparecen en la declaración federal de impuestos? _____

▪ ¿Cuántos miembros de la familia son menores de 18 años de edad, incluido el estudiante? _____

▪ ¿Vive el estudiante en un hogar de solteros, donde no hay una pareja? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el estudiante un médico (o clínica)? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, por favor proporcione el nombre y número de teléfono

Certifico que la información declarada arriba es correcta. Por el presente autorizo a Puget Sound Neighborhood Health Centers (PSNHC) facturar a mi compañía de seguro por cualquier servicio proporcionado por PSNHC. Autorizo a PSNHC revelar a mi compañía de seguro o centro de servicios para Medicare y Medicaid cualquier información necesaria para determinar los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

Firma

Fecha

Relación con el estudiante