

FOR OFFICE ONLY:

Acct # _____	Date _____
Initial _____	

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  
 Nativoamericano/Nativo de Alaska  
 Asiático

Caucásico/Blanco  
 Hispano/Latino  
 Multi-Étnico

De las islas del Pacífico—Nativo de Hawái  
 De las islas del Pacífico — Otra  
 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