

Fecha _____ Nombre del Centro de Salud _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
Enlaces del Aprendizaje-Centro de Salud Escolar

Información de Seguro de Salud

Nombre del Estudiante: _____
(apellido) (nombre) (Inicial)

Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Pediatra _____ Teléfono del Pediatra _____

Fecha del último examen físico _____

Por favor complete una de las opciones de abajo. Provea una copia de su tarjeta de seguro medico. Su seguro recibirá la cuenta.

Tiene su niño/a seguro de salud? Si _____ No _____

Si la respuesta es no, por favor complete la siguiente información:

Ingreso familiar anual _____ Número de personas en la familia _____

Si la respuesta es afirmativa, por favor, complete una de las siguientes opciones:

My hijo/a está inscrito/a con el Programa de Care For Kids

Mi hijo/a tiene Asistencia Médica (Health Choice) Si puede incluya la copia de la tarjeta

Número de la tarjeta de Asistencia Médica _____

Nombre de la Organización que tiene su hijo/a _____

(Si no la tiene, ponga, "inguna")

Mi hijo/a tiene seguro privado *Adjunte una copia de la tarjeta, si la tiene disponible*

Nombre de la persona que está a cargo del seguro _____

Rellación con el niño/a _____

Número de seguro social o póliza de la persona que está a cargo _____

Lugar de empleo de la persona que tiene el seguro _____

Nombre de la Compañía Aseguradora _____

Dirección de Cobro de la Compañía Aseguradora _____

Número telefónico de la Compañía de Seguro _____

Policy # _____ Group # _____

A ningún estudiante se le negará la atención.
POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA