

Programa de la Clínica Médica Escolar

Para más información hable con la enfermera de la escuela

Formulario de Registro

Información del paciente: Por favor complete toda esta sección (Solamente tinta Azul o Negra)

Apellido del Estudiante	Nombre	Segundo Nombre
Dirección del Estudiante	Ciudad	Estado
Número de Seguro Social Del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Doctor de atención primaria
Teléfono		
Sexo: M F	Raza: (Encierre uno) Blanco Negro Hispano Asiático Bi-Racial Otro	
Idioma de preferencia: _____		
Escuela _____	Maestro(a) _____	Grado: _____

Información del Padre / Tutor:

Nombre del padre / tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Empleador del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Celular #: _____ Otro Teléfono: _____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Información del seguro: Complete toda la información para que no tengamos que copiar su tarjeta.

Mi hijo tiene: No tiene seguro
 TennCare-ID # _____ (necesario para cobros)
 Seguro Comercial Privado / Comercial (indique todos los detalles a continuación) Deducible: _____

Compañía de Seguro Primario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el estudiante: _____

de Identificación o Número de Póliza _____ Grupo # _____ Co-Pago: \$ _____

Seguro Social del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Información de Contacto de Emergencia: Contacto alternativo si no se localizan los padres

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
 (¿Podemos dejar un mensaje?) Sí No

por favor ponga a alguien que usted autorice tener acceso a la información médica de si hijo.

Como padre / tutor del estudiante antes mencionado:

Autorizo que se dé cualquier información médica necesaria para procesar los cobros al seguro para el pago de los beneficios médicos al programa de la Clínica Médica Escolar. He proveído los detalles de todas las pólizas de seguro médico que cubren a mi hijo.

Firma del Padre / Tutor **Nombre del Padre / Tutor** **Fecha**