

STUDENT'S INSURANCE INFORMATION

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Estudiante: _____
Dirección del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Seguro Social del Asegurado: _____
Nombre de la Compañía de Seguro: _____ No. Tel. de la Compañía de Seguro: _____
No. de Póliza: _____ No. de Grupo: _____ No. de Plan: _____

Información de Medicaid/HUSKY

No. de Medicaid del niño _____ Fecha de vigencia: _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Estudiante: _____
Dirección del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Seguro Social del Asegurado: _____
Nombre de la Compañía de Seguro: _____ No. Tel. de la Compañía de Seguro: _____
No. de Póliza: _____ No. de Grupo: _____ No. de Plan: _____

STUDENT'S MEDICAL HISTORY

Ha tenido su hijo alguno de estos problemas médicos: (usa "N/A" si no)

1. Problemas crónicos (asma, diabetes, TDAH, salud mental, etc.): _____
2. Discapacidades (educación especial / medicina, etc.): _____
3. ¿Ha sido hospitalizado/sometido a cirugía/herido su hijo alguna vez?: _____
4. Enfermedad infantil (varicela, sarampión, paperas, rubéola, etc.): _____
5. ¿Toma su hijo algún medicamento de forma diaria o frecuente? Si No Explique: _____
6. ¿Su hijo es alérgico o ha tenido una reacción adversa a un medicamento? Si No Explique: _____
7. ¿Otras alergias o reacciones? (Incluya alergias a alimentos, insectos, animales, etc.) Por favor liste: _____

Al firmar este consentimiento, entiendo y reconozco que he leído los materiales suministrados con respecto a los servicios del Centro de Salud Escolar y doy permiso al estudiante en este formulario para usar los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar por el tiempo que esté inscrito en las Escuelas Públicas de Branford Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento enviando un aviso por escrito. He recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Fair Haven Community Health Clinic, Inc. (FHCHC). Autorizo a FHCHC a intercambiar historiales de salud y educación con el distrito escolar de mi hijo con el propósito de brindarle atención y tratamiento a mi hijo, de acuerdo con las leyes estatales y federales. Yo doy permiso a FHCHC para divulgar información sobre el tratamiento y/o servicios a mi(s) proveedor(es) de seguro de mi hijo(a) con el propósito de facturación. Autorizo que los pagos sean hechos directamente a Fair Haven Community Health Clinic, Inc. por los servicios prestados.

***Tenga en cuenta: Si no tiene seguro en el momento de firmar este consentimiento, pero lo obtiene más tarde, le cobraremos a su compañía de seguros los servicios proporcionados utilizando su firma como autorización para facturar.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Relación con el Estudiante