Hornet Health Center page 1

Formulario para Matricular Estudiante

Fecha: ___/___/___ Médico de Cuidado Primario: _____

Nombre del Paciente:_____
Primer Segundo Nombre Apellido

Dirección Residencial:_____
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Preferencia:_____ Teléfono Alterno:_____

Fecha Nacimiento___/___/___ Edad: ____ Masculino / Femenino SSN: _____

Nombre de Padre/Tutor:_____

Dirección Postal (Si es diferente a la dirección física):

_____
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Farmacia de Preferencia:_____ Teléfono:_____

En caso de emergencia, por favor indique a quienes podemos notificar:

Contacto: _____ Relación:_ _____ Teléfono:_____

Contacto: _____ Relación: _____ Teléfono:_____

Hornet Health Center page 2

Información del Seguro Médico

Seguro Médico Primario:_____

Núm. de Grupo: _____ Núm. de ID del Seguro:_____

Relación del paciente con el Asegurado: Yo niño/a otro:_____

Seguro Médico Secundario:_____

Núm. de Grupo: _____ Núm. de ID del Seguro: _____

Relación del paciente con el Asegurado: Yo niño/a otro:_____

Médico de Cuidado Primario:_____

***Por favor provea una copia de su tarjeta de seguro así como su identificación con foto.**

_____ Complete esta sección si el paciente es menor _____

Persona Responsable:_____ Relación con el paciente:_____

Fecha Nacimiento ___/___/___ Masculino / Femenino SSN: _____

Edad: _____ Estatus Marital: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Nombre de Esposo/a:_____

Dirección Postal (si es diferente a la del paciente):

_____

Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Empleador:_____

Work Phone: _____

Por favor lea las siguientes declaraciones

Todas las operaciones del Centro de Salud de la Escuela de Bryant (Bryant School Based Health Center (SBHC) y sus proveedores estarán en total cumplimiento a las Reglas de Familia Educativa, la Ley de Privacidad (FERPA) y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

• Yo entiendo que mi seguro será facturado por el servicio provisto por el Bryant SBHC y yo autorizo al proveedor a utilizar mi firma en todas las prestaciones de seguro.

• Yo entiendo que toda la información relacionada a servicios provistos por el Bryant SBHC será compartido con el médico de cuidado primario (si aplica).

• Yo entiendo que los proveedores de Bryant SBHC están localizados en el campus de la Escuela Primaria de Bryant, y que pudiera ser necesario que el estudiante sea transportado desde otro campus al Bryant SBHC. Yo doy mi permiso para que mi hijo/a sea transportado a través de la guagua escolar por un empleado del Distrito de Bryant para y desde el Bryant SBHC según sea necesario.

• Me ofrecieron una copia impresa de las prácticas de privacidad de HIPAA para información de salud protegida

Nombre del Paciente _____ _____

Nombre impreso de la Persona Responsable_____

Firma de la Persona Responsable

_____

Fecha: ____/ ____/_____

*Se intentará de notificar a los padres / tutores por teléfono antes de que el estudiante reciba cualquier servicio en el Bryant SBHC.