

INFORMACIÓN DEL/DE LA NUEVO/A CLIENTE – Parte 1

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés): _____
 Nombre de preferencia: _____

Sexo asignado al nacer:
 Femenino Masculino

Teléfono celular del/de la estudiante: _____ Teléfono del hogar: _____
¿Podemos llamarle a su casa? Sí No

Dirección: _____ No. de apartamento: _____
 Ciudad/estado: _____ Código postal: _____

¿A qué escuela asistes? _____ Grado: _____

Contacto de emergencia (requerido)

Con qué adulto responsable podemos comunicarnos en caso de emergencia: _____
 Relación: _____ Teléfono del hogar: _____
 Teléfono celular: _____ Teléfono laboral: _____

Otros contactos

Padre/madre/tutor (primer nombre y apellido): _____ Relación: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono laboral: _____
 Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés): _____

Padre/madre/tutor (primer nombre y apellido): _____ Relación: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono laboral: _____
 Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés): _____

Nombre de la madrastra: _____ Teléfono: _____

Nombre del padrastro: _____ Teléfono: _____

Nombre del abuelo o abuela: _____ Teléfono: _____

Nombre del administrador del caso: _____ Teléfono: _____

Otra persona; nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Vivo con mi (marque todas las opciones que correspondan):

Madre(s) Padre(s) Padre(s)/madre(s) de crianza temporal Abuelo(s)/abuela(s)

Otra persona; nombre: _____ Relación: _____

INFORMACIÓN DEL/DE LA NUEVO/A CLIENTE – Parte 2

Información del hogar

¿Quién vive en su hogar?

Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____

¿Dónde recibe usted atención médica normalmente? Médico: _____

¿Dónde recibe usted atención dental normalmente? Dentista: _____

Información del seguro

Proporcionarnos la información de su cobertura de seguro nos permite pagar por los servicios y reduce la necesidad de financiación pública para poder brindar atención al mayor número de estudiantes posible. Si su seguro no paga todo o parte del costo, usted no es responsable de ningún gasto por cuenta propia por los servicios recibidos en un Centro de Salud Estudiantil.

Las familias que no tienen seguro médico o que no hayan proporcionado información del seguro serán referidas para averiguar si reúnen los requisitos del Plan de Salud de Oregon u otros programas de seguros. Le recomendamos que presente una solicitud para esta valiosa cobertura.

Cuento con Medicaid/Plan de Salud de Oregon *Permítanos sacarle una copia a su tarjeta del seguro*

Nombre de la compañía de seguros: _____ Fecha de vigencia: _____

Dirección de la compañía o de los reclamos (incluir ciudad, estado y código postal): _____

Número telefónico: _____ Número de póliza/identificación/paciente: _____

Número del grupo: _____

Titular del seguro (padre/madre/tutor que proporciona el seguro) Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés): _____

Relación con el/la estudiante: _____

¿El/la estudiante está cubierto/a por más de una póliza? Denos información sobre toda la cobertura de seguro y díganos cuál es la principal.