

Nombre del estudiante _____ Sexo _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____
(Apellido, Nombre, Inicial segundo nombre)
Dirección residencial _____ Zona Postal _____ Teléfono de la casa _____

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN AL PROGRAMA ESTUDIANTES SALUDABLES

PERSONAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre del padre/la madre	Teléfono del trabajo	Teléfono de la casa :	Teléfono celular
Contactos de emergencia en la Tarjeta de Emergencias		Teléfono del trabajo:	Teléfono celular

HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____
Nombre del dentista de la familia _____ Teléfono _____
Fecha del último examen físico _____ Examen dental _____
Provea una lista de cualquier ALERGIA a medicamentos o alimentos _____
Provea una lista de los MEDICAMENTOS que el estudiante está tomando actualmente _____

Indique cualquier OPERACIÓN que el estudiante haya tenido _____
EN LA ACTUALIDAD, ¿TIENE EL ESTUDIANTE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO O DE SALUD QUE DEBAMOS CONOCER?

Historia médica familiar (marque todo lo que corresponda e indique cuál miembro de la familia ha tenido o tiene esa enfermedad)

Presión arterial alta _____ Tuberculosis _____ Diabetes _____
Epilepsia _____ Anemia Falciforme (*Sickle Cell*) _____ Cáncer _____
Problemas cardíacos _____ Asma _____ Artritis _____
Peso (sobrepeso o bajo peso) _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Está este estudiante cubierto por un SEGURO DE SALUD?	SI	NO
Número del Seguro	_____	_____
¿Está este estudiante cubierto por <i>MEDICAID</i> ?	SI	NO
(<i>Better Health Plan; Medipass; etc.</i>)	_____	_____
Número del <i>Medicaid</i>	_____	
Número de <i>Amerigroup</i>	_____	

DECLARACION DE INGRESO

Estamos de acuerdo en inscribir a _____ en el Programa Estudiantes Saludables. Entendemos que el programa ofrece una gama limitada de servicios según sean necesario, según se indica en el Formulario de Solicitud del Programa Estudiantes Saludables. Además, entendemos que estos servicios NO REEMPLAZAN los servicios de nuestro médico de familia. En caso de accidente o enfermedad grave, se observarán las políticas de la escuela indicadas en la Tarjeta de Información de Emergencia de la Escuela. Damos permiso al Distrito para solicitar el reembolso de terceros. Además, tenemos entendido que la información del estudiante es confidencial con excepción de aquellos casos en los que los profesionales están obligados por ley a informar sobre abuso infantil, amenazas de muerte, riesgo de suicidio, preocupaciones de salud pública o para propósitos de facturación.

Firma del Padre/la Madre/Representante legal _____ Fecha _____