

Formulario de Inscripción

2016-2017 Año Escolar

CONTENIDO

Bienvenido

Formulario de inscripción

Formulario de permiso

Historial Médico

Aviso de política de privacidad

Consentimiento y Reconocimiento

Verificación de Seguro



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

THIS PAGE LEFT BANK INTENTIONALLY



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

MANTENGA
ESTA PÁGINA

Bienvenido al Programa

2016-2017
School Year

Querido Padres y Guardianes

Bienvenidos al Centros de Salud en las Escuelas, Dr. Robert E. Appleby, un programa de Human Services Council. Como estudiante en una de las escuelas superiores de Norwalk o en una de las tres escuelas intermedias, los estudiantes tienen la oportunidad de tomar ventaja de nuestros servicios de salud física y/o de salud mental. En este momento sólo se ofrecen servicios de salud mental en tres de las cuatro escuelas intermedias. Nuestro objetivo es mantener a los estudiantes sanos, en la escuela, y listo para aprender.

¿Por qué usar el Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby?

Para todos los estudiantes de escuelas secundarias de Norwalk, ofrecemos fácil acceso a servicios de salud física y mental de alta calidad, en un ambiente agradable, en periodo de tiempo conveniente. Y, con no costo para su familia.

¿Qué servicios ofrecemos en Escuelas Secundarias de Norwalk?

El personal de cada Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC), incluye: una enfermera o un auxiliar médico, trabajador social clínico, Ayudante Secretarial, Supervisor de trabajo social, y director del programa. Los servicios del Centro de Salud Basado en la Escuela se ofrecen cuando la escuela está en sesión.

Nuestro personal trabaja con psiquiatras y pediatras especializados en atender adolescentes, cuando sea necesario, para la consulta y la evaluación de medicamentos. Además, nuestro personal trabaja en estrecha colaboración con el personal escolar, como el consejero, trabajador social, y los departamentos de enfermería, asegurando el bienestar de su hijo.

¿Qué servicios ofrecemos en Los Escuelas Intermedias?

El personal de cada Centros de Salud Basado en los Escuelas Robert E. Appleby incluye: Trabajador social clínico.

Nuestro personal trabaja con psiquiatras y pediatras especializados en atender adolescentes, cuando sea necesario, para la consulta y la evaluación de medicamentos. Además, nuestro personal trabaja en estrecha colaboración con el personal escolar, como el consejero, trabajador social, y los departamentos de enfermería, asegurando el bienestar de su hijo.

¿Quién es el personal de SBHC?

Anthony DiLauro	Executive Director , Human Services Council
Carmen Hufcut	Program Director , Dr. Robert E. Appleby School Based Health Centers, a program of the Human Services Council
Elizabeth Ashley	Office Administrator , Norwalk Pathways Academy at Briggs High School, 203.846.6385
Ariana Richards, LCSW	Norwalk Pathways Academy at Briggs High School, 203.846.6385 x13749
Laurie Kalamaras	Office Administrator , Norwalk High School, 203.838.4481 x13340
Jessica Finck, APRN	Norwalk High School, 203.838.4481 x13344
Rose Sferlazza, PA-C	Norwalk High School, 203.838.4481 x13344
Glenn Shephard, LCSW	Norwalk High School, 203.838.4481 x13341
Diamond Sead	Office Administrator , Brien McMahon High School, 203.854.0524
Julia Sparkman, APRN	Brien McMahon High School, 203.854.0524
Lesley Eisenberg, LCSW	Brien McMahon High School, 203.854.0524
Carine Lauterbach, LCSW	Nathan Hale Middle School, 203.899.2910 x17213
West Rocks Middle School	LCSW position open
Ponus Ridge Middle School	LCSW position open



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

Bienvenido al Programa (continuación)

Los servicios de salud mental y física que proveemos incluyen:

- El diagnóstico / tratamiento de enfermedades crónicas y agudas
- Los exámenes físicos integrales
- Inmunizaciones
- Exámenes de Salud
- Pruebas de laboratorio básicas
- Educación para la Salud y Consejería de Salud
- Terapia individual, de grupo y familiar
- Intervención de crisis
- Apoyo a la Transición de la escuela
- Apoyo con habilidades sociales
- Apoyo a problemas en la transición
- ADHD / ADD
- Intervención de crisis
- Control de la ira
- Alcohol y Abuso de Sustancias Controladas
- Ansiedad / Gestión del Estrés
- Cuestiones de salud reproductiva: Proyecciones, tratamiento, prescribiendo
- Control de Peso y Nutrición Consejería
- Remisión y Seguimiento a los especialistas médicos, proveedores de la comunidad, organismos y Hospitales
- La prescripción, administración de medicamentos (incluyendo medicamentos psiquiátricos)
- Psicoterapia, Psiquiatría, y Evaluación de Medicamentos

¿Cómo se puede participar?

La subscripción es fácil. Simplemente llene y firme el formulario de consentimiento y el formulario de records médicos adjunto, y regréselos al Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) en la escuela de su hijo. Si tiene seguro de salud, le pedimos que incluya una copia de su tarjeta de seguro. Ninguna familia nunca tendrá que pagar de su bolsillo por nuestros servicios. Si usted no tiene seguro de salud o su seguro de salud no cubre nuestros servicios, no habrá ningún cargo para usted.

Estoy a su disposición para responder a cualquier pregunta que pueda tener, por favor llame al: 849-1111 de 9 am - 5 pm, de lunes a viernes.

El personal y yo esperamos con interés trabajar con usted y su hijo. Estudiantes saludables son mejores estudiantes.

Sinceramente,

Anthony DiLauro, Director del programa
Human Services Council

Dr. Robert E. Appleby School Based Health Centers	Norwalk Mentor Program	Mid-Fairfield Substance Abuse Coalition	Supportive Housing	Children's Connection
--	---------------------------	--	-----------------------	--------------------------



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

DEVUELVA
ESTA PÁGINA

Formulario de Registración

☐ Norwalk HS ☐ Brien McMahon HS ☐ Briggs HS
☐ Nathan Hale MS ☐ Ponus Ridge MS ☐ West Rocks MS

Por favor complete la información en la parte frontal y posterior de este formulario de registración. Debe firmar e incluir la fecha para recibir los servicios de los Centros de Salud en las Escuelas, Dr. Robert E. Appleby. Si el estudiante es mayor de 18 años, él / ella puede firmar su propio formulario de registración.

Grado: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
 Nombre del estudiante: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
 Teléfono de la casa : _____ Teléfono Celular: _____ Trabajo: _____

Contacto de Emergencia:

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

¿Te gustaría recibir notificaciones electrónicas de los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC)? Si desea, indique la dirección de correo electrónico _____

Ethnicity of student (según las directrices federales OMB): **Por favor marque con un círculo.**
 Hispanico(a)/Latino(a) No Hispanico(a)/No Latino(a)

Raza del estudiante (según las directrices federales OMB): **Por favor marque con un círculo.**
 Blanco Negro AmIndian/Nativo de Alaska Nativo de Hawai o las islas del Pacífico Asiático

Si la raza del estudiante no está en la lista anterior, por favor escribala aquí: _____

Nombre de la madre _____ Teléfono durante el día: _____
 Nombre del padre _____ Teléfono durante el día: _____
 Si no los padres, con quien vive el estudiante? _____
 Teléfono durante el día: _____

Por favor, indique su relación con el estudiante Guardián ☐ Otro _____

¿Su hijo recibe gratis o almuerzo reducido ☐ Sí ☐ No

Origen de la atención médica:

¿Quien es el doctor de su hijo(a)? _____ Teléfono: _____

¿Dónde su estudiante para recibe atención médica?

☐ Community Health Center	☐ Clínica Militar	☐ Móvil Van
☐ Sala de emergencias	☐ Doctor privado	☐ Ninguna
☐ Clínica del Departamento de Salud	☐ Clínica de Salud Escolar	☐ Otro
☐ Clínica del Hospital / ambulatorio	☐ Clínica de urgencias	



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

Formulario de Permiso

Nombre del estudiante (Imprimir)

Doy permiso para que el estudiante identificado en esta solicitud obtenga servicios en los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC), mientras que él/ella este(a) en la escuela. El permiso se mantendrá valido a menos que lo retire, o si mi hijo/a deja de asistir a las Escuelas Públicas de Norwalk

Entiendo que todos los servicios ofrecidos a las estudiantes y los registros de este tipo son **confidenciales**, y no se darán a conocer o serán discutidos excepto en la conformidad de las leyes estatales de Connecticut y federales, y sin la autorización escrita o verbal del estudiante. En el caso de que el estudiante se refiera al Hospital de Norwalk para evaluación y/o tratamiento, yo doy permiso al personal del Hospital para que discuta y de información relacionada con el tratamiento al Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC). Una copia del plan de tratamiento deberá ser enviada al Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) con el estudiante o por fax tan pronto como sea posible. Para los servicios no ofrecidos por la organización REASBHC, yo entiendo que el estudiante nombrado anteriormente puede ser referido a agencias de la comunidad y especialistas. Si estos servicios son recomendados y/o necesarios, servicios como esos a lo mejor no son gratis y por lo tanto, el padre debe negociar los costos con anticipación.

Al firmar este formulario de permiso, estoy reconociendo que entiendo los servicios que el REASBHC ofrece. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de inscribir a mi hijo / guardia. Yo entiendo y reconozco que la Junta de Educación de Norwalk ("La Junta") no tiene ninguna responsabilidad u obligación con el REASBHC porque es una propiedad independiente y opera independientemente. "La Junta" solamente le proporciona un espacio para el REASBHC y no tiene relación jurídica con el REASBHC. Por el presente comunicado renuncio a cualquier y todo reclamo, que se puede hacer a "La Junta" relacionado a REASBHC o a sus servicios prestados.

Firma de Padres/Guardiano/Otros

Fecha



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

DEVUELVA
ESTA PÁGINA

Historial Médico

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo ____

Does your child have any allergies? ____ Yes ____ No If yes, What? _____

Indique todos los medicamentos que toma su hijo y el problema para el que se administra el medicamento:

Medicamento	Razón	¿Cuánto tiempo?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En ningún tiempo, ha sido su hijo(a) hospitalizado(a)? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, que edad tenía su hijo(a) y cuál fue la razón de la hospitalización.

Problema	Edad
_____	_____
_____	_____

¿Ha tenido su hijo lesiones graves? ____ Si ____ No En caso afirmativo, explique (incluya la fecha)

Su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

Y	N		Y	N	
☐	☐	Problemas de alimentación	☐	☐	Los problemas del corazón (soplo, reumática, la enfermedad)
☐	☐	Problemas para dormir	☐	☐	Colesterol alto
☐	☐	Problemas de peso	☐	☐	Problemas de estómago (diarrea, estreñimiento, celiaca, vómitos)
☐	☐	Problemas de la vista	☐	☐	Alta presión sanguínea
☐	☐	Escuchando problemas	☐	☐	Infección del tracto urinario
☐	☐	Enfermedad de Lyme	☐	☐	Problemas menstruales
☐	☐	Trastornos de la piel (eczema, psoriasis)	☐	☐	Lesión significativa / fracturas de huesos
☐	☐	Infección de oído	☐	☐	VIH / SIDA
☐	☐	Asma	☐	☐	Artritis
☐	☐	Neumonía	☐	☐	Convulsiones
☐	☐	Dolores de cabeza / migrañas (circulo)	☐	☐	Desorden de déficit de atención
☐	☐	Trastornos de la sangre (anemia, anemia de células falciformes, enfermedad de talasemia o Rasgo Rasgo)	☐	☐	Trastorno de oposición desafiante
☐	☐	Depresión	☐	☐	Enfermedad menta
☐	☐	Hernia	☐	☐	Diabetes
☐	☐	Problemas con la tiroides	☐	☐	Cáncer
☐	☐	Mononucleosis	☐	☐	Cardiopatía reumática
☐	☐	Meningitis	☐	☐	Abuso sexual o físico
☐	☐	MRSA	☐	☐	Hepatitis
☐	☐	La tuberculosis (Contacto / infección)	☐	☐	C-Diff

Por favor refiera cualquier preocupación que tenga sobre la salud de su hijo(a): _____

¿Le gustaría que el personal lo contactara para discutir estas preocupaciones? ____ Y ____ N

Teléfono: _____



Historial Médico (continuación)

Historia dental:

Fecha de la última visita dental _____ Motivo de la visita _____

¿Tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la salud oral de su hijo? Si _____ No _____

En caso afirmativo, describe la preocupación: _____

Si ofreciéramos servicios dentales, ¿estaría usted interesado? Si _____ No _____

Historia familiar:

Por favor, consulte más abajo si alguno de los parientes/familiar de su hijo (es decir, padres, hermanos / hermanas, tías, tíos, o abuelos) tienen o han tenido alguna de las siguientes enfermedades incluya la relación del niño:

Enfermedad	Pariente/Familiar	Explicación
☐ Diabetes, Trastorno endocrino	_____	_____
☐ Cáncer	_____	_____
☐ Problemas del corazón Enfermedades / Vascular / Stroke	_____	_____
☐ Alta presión sanguínea	_____	_____
☐ Trastornos de la sangre (Incluyendo la anemia / talasemia)	_____	_____
☐ Problemas respiratorios (incluyendo asma)	_____	_____
☐ Enfermedad Mental	_____	_____
☐ Alcohol / Problemas de Drogas	_____	_____
☐ Infecciones (TB / VIH / SIDA)	_____	_____
☐ Muerte a la edad de 50 años o antes	_____	_____
☐ Problemas de los riñones o hígado	_____	_____

He leído la información anterior con respecto a los servicios de los centros de salud y doy permiso para que el estudiante nombrado anteriormente pueda obtener servicios médicos y / o mentales ofrecidos en el Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) mientras él / ella acuda a la escuela. Además, autorizo a los centros de salud a comunicar/compartir información sobre el tratamiento y / o servicios a los proveedores de seguros para fines de facturación, cuando sea necesario. Autorizo pagos de seguros que se hacen directamente a los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) por los servicios prestados.

Nombre de la persona que completa este formulario

Fecha

Relación con el estudiante



Aviso de la Póliza de Privacidad

Efectivo: 1 de Agosto de 2013

IMPORTANTE: ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU HIJO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Por favor lea cuidadosamente.

Los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) de HSC son requerido por la ley para proteger a ciertos aspectos de su información médica conocida como información de salud protegida (PHI) y para proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad.

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad, sus derechos legales y le permite saber cómo HSC - Se permite SBHC a:

- utilizar y divulgar su PHI
- Como se puede acceder y copiar esa información.
- Como puede solicitar la modificación de esta información.
- Como puede solicitar una restricción en nuestro uso y divulgación de su PHI.

En la mayoría de las situaciones podemos utilizar esta información descrita en el anuncio sin su permiso, pero hay algunas situaciones en las que podemos usar sólo después de obtener su autorización por escrito, si estamos obligados por ley a hacerlo.

Respetamos su privacidad, y tratamos a toda la información médica acerca de nuestros pacientes con cuidado bajo estrictas políticas de confidencialidad que todo nuestro personal está comprometidos a seguir en todo momento.

Si usted tiene alguna pregunta, puede contactar nuestro Oficial de Privacidad, Carmen Hufcut, al HSC 203-849-1111 x3003.

Propósito de este Aviso: Este aviso describe sus derechos legales, le aconseja de nuestras prácticas de privacidad, y le permite saber cómo HSC - Se permite SBHC para usar y divulgar su PHI.

Podemos utilizar y divulgar la PHI de muchas maneras:

- **Para tratamiento.** Esto incluye cosas tales como información verbal y escrita que obtenemos sobre usted y el uso relativas a las condiciones y tratamientos médicos proporcionados por nosotros y otro personal médico (incluidos los médicos y enfermeras que dan órdenes para permitirnos proporcionarle tratamiento). También podemos compartir su PHI con el fin de coordinar los diferentes servicios que necesita: recetas, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico. También podemos divulgar su PHI a personas que pueden estar involucradas en su atención médica, como miembros de la familia, etc.
- **Para pago.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicios que recibe en el SBHC puedan ser facturados y el pago de puede ser recogida en su nombre de una compañía de seguros o de terceros.
- **Para el Cuidado de la Salud.** Esto incluye las actividades de aseguramiento de la calidad, licencias y programas de capacitación para asegurar que nuestro personal conoce a nuestros estándares de atención y seguir las políticas y procedimientos establecidos, la creación de informes que no se identifican individualmente para propósitos de recolección de datos.

Uso y divulgación de PHI sin su autorización

HSC - SBHC está permitido utilizar PHI sin su autorización por escrito, o la oportunidad de oponerse en ciertas situaciones, incluyendo:

- Para el uso de HSC-SBHC en el tratamiento de usted o de obtener el pago por los servicios prestados a usted o en otras operaciones de atención médica;
- Para las actividades de tratamiento de otro proveedor de cuidado de la salud;
- A otro proveedor de atención médica o entidad para las actividades de pago del proveedor o entidad que recibe la información (como su compañía de seguros);
- A otro proveedor de cuidados de la salud (como el hospital al que son transportados) para las actividades de operaciones de cuidado de la salud de la entidad cubierta que recibió la información, siempre y cuando la entidad cubierta que recibe la información tiene o ha tenido una relación con usted y la PHI pertenece a esa relación;
- Para fraude de atención médica y detección de abuso o cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales;
- Para evitar una amenaza seria para la salud o la seguridad.



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

Aviso de la Póliza de Privacidad (continuación)

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar los registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.** This does not include psychotherapy notes. To inspect and copy medical information you must submit your request in writing. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs associated with your request. We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. HSC will provide you with a written denial; specifying the legal basis for the denial, a statement of your rights and a description of how you may file a complaint with us.
- **Derecho de solicitar una modificación.** Usted tienen derecho a solicitar una modificación de su PHI durante el tiempo que el registro se mantiene designado por HSC. Su solicitud debe ser por escrito, siempre que el motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar la solicitud si nos pide enmendar información no fue creada por nosotros; no es parte de la información médica mantenida por o para el SBHC; No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o es exacta y completa.
- **Derecho a un informe de divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información médica, con exclusión de las revelaciones con el propósito de tratamiento, pago o atención médica. Esta solicitud debe ser presentada por escrito al Administrador incluido el período de tiempo solicitado.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar por escrito, una restricción o limitación a la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención médica. Esto incluye un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado, como un miembro de la familia.
- **Derecho a solicitar Comunicación Confidencial.** Usted tiene el derecho a solicitar por escrito que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Su solicitud debe incluir cómo y dónde desea ser contactado. Si no nos cómo o dónde desea ser contactado lo cuentas, no tenemos que seguir su solicitud.
- **Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso.
- **Derecho de Notificación.** Usted tiene el derecho a ser notificado de cualquier incumplimiento de su cuidado de la salud información no segura.

Otros usos de la información médica

Para todos los demás usos y divulgaciones de información no contenida en este Aviso de prácticas de privacidad que no se divulgará sin su autorización. Si usted da su permiso para divulgar su PHI, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento.

Las quejas

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar su queja por escrito a HSC:

Carmen Hufcut, Director del Programa

Dr. Robert E Appleby School Based Health Centers
Human Service Council
One Park Street, Norwalk CT 06851

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a modificar o revisar este aviso en cualquier momento. El aviso revisado o modificado puede hacerse efectivas para toda la PHI HSC mantiene, así como cualquier información que recibimos en el futuro. Se colocará una copia de la notificación actual en nuestra oficina que contendrá la fecha de vigencia.



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

DEVUELVA
ESTA PÁGINA

Formulario de Consentimiento y Reconocimiento

Haga el favor de firmar este formulario y devolverlo al Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) de su hijo.

Doy mi consentimiento para el uso o comunicación de información médica protegida por el Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) de HSC, a cualquier persona u organización a los efectos de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago o la realización de ciertas operaciones de atención médica. La información médica protegida puede incluir información relacionada con el VIH / SIDA, información sobre salud mental psiquiátrica y otra, y la información sobre el tratamiento de drogas y alcohol. Tengo entendido que hay más información con respecto a cómo los Centros de Salud Dr. Robert E. Escuela Appleby de HSC a utilizar y comunicar información protegida de la salud se puede encontrar en su Aviso de política de privacidad.

Al firmar este formulario de consentimiento, entiendo y admito el siguiente:

- He leído y entiendo este consentimiento y;
- He recibido La Notificación de Prácticas de Privacidad de los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC) actualmente en vigor.

_____ Le doy permiso a los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC), para comunicarse con el personal de la escuela para procurar el mejor cuidado para mi hijo.
(Favor de escribir sus iniciales)

Escriba el Nombre del individuo o Representante Personal

Firma del individuo o Representante Personal

Fecha

Si la firma es del Representante Personal describa la autoridad legal que tiene para actuar en nombre del individuo: _____

Para el uso de la oficina solamente:

Unable to obtain written consent and acknowledgement because:

_____ Individual refused

_____ Emergency treatment situation

_____ Individual not able to sign due to incompetence or other medical reason

_____ Other: _____



HUMAN
SERVICES
COUNCIL

Verificación de Seguro

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento __ / __ / __ Sexo ____

- Por favor, proporcione una copia de su tarjeta de seguro (s), tarjeta de Medicaid, Medicaid Managed Care Plan. Tarjeta y cualquier forma de demanda (s) a su compañía de seguros requeridos
- Tipo de seguro (complete la información a continuación en la cobertura de su hijo.)

Seguro primario

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

Empleador: _____ Número Teléfono del Empleador: _____

Fecha efectiva de cobertura: _____

¿El niño tiene Medicaid? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, por favor proporcione el número de Medicaid _____

¿Esta usted inscrito en Medicaid Managed Care? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, indique a continuación el nombre del plan _____

Autorizo a compatir cualquier información médica u otra información necesaria para procesar su caso solicitudes de seguro de salud para los servicios cubiertos bajo mi póliza. También autorizo el pago de los médicos beneficios para los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC).

Firma (persona que llena este formulario)

Relación con el estudiante

Fecha