

CENTRO DE
SALUD Y BIENESTAR FORMA DE COLECCIÓN
DEL LA ASEGURANZA

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro: _____

Numero de póliza: _____

Numero de grupo: _____

Nombre del poseedor de la póliza del seguro: _____

Fecha de nacimiento del poseedor de póliza del seguro: _____

Número de teléfono y la dirección del seguro de salud (Al reverso de la tarjeta del seguro)

Representantes de la clínica estarán disponibles durante la matrícula para aceptar tu seguro. Una copia de tu tarjeta del Seguro de adelante y atrás puedan reemplazar este formulario.

Esta información será usada si su hijo/a tiene una cita con la enfermera y/o con la terapeuta de salud mental en el centro de colegio durante el año escolar. No se requiere de copago, y los estudiantes o sus familiares no son responsables del pago del balance que la compañía de seguros no cubre. No se requiere de copago, y los estudiantes o sus familiares no son responsables del pago del balance que la compañía de seguros no cubre. El centro de salud y bienestar está ubicado en la oficina de los consejeros.

Gracias por su cooperación

