

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

