



Inscripción y consentimiento para la atención médica en la escuela
Escuela: _____

Nombre legal del estudiante (apellido, nombre y segundo nombre): Fecha de nacimiento:		Nombre preferido:
Datos demográficos del estudiante		
Raza: Nativo de la India Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita De otra parte de Asia Nativo de Hawaii Nativo de otras islas del Pacífico Samoano Guameño o chamorro Blanco Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska Más de una raza No declarado/Decido no divulgar		Etnia: Mexicano/Mexicano Americano/Chicano Puertorriqueño Cubano Otro origen hispano/latino/español Hispano/Latino/Origen español/Combinado No hispanos/latinos No declarado/Decido no divulgar
El estudiante vive con: (residencia física) Ambos padres Padre 1 Padre 2 Abuelo(s): _____ _____ *escriba yo mismo (self) si el estudiante vive en forma independiente		Tutor legal: _____ Persona que actúa en lugar de sus padres: _____
Número de teléfono del estudiante: _____	Sexo del estudiante al nacer: Femenino Masculino	
Dirección de correo electrónico del estudiante: _____	Otro No definido	
	Número de seguro social del estudiante: _____	
Nombre del padre, de la madre o del tutor:	Nombre del suscriptor del seguro:	
Fecha de nacimiento: Sexo: SSN:		
____/____/____ Mujer ____-____-____		
Hombre		

Inscripción y consentimiento para la atención médica en la escuela

Inscripción y consentimiento para la atención médica en la escuela

Solicitud de la escala móvil en un centro de salud basado en un centro escolar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre (mm/dd/aaaa)

Nombre del padre/tutor: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Todos los estudiantes pueden completar la solicitud de la escala móvil, independientemente del estado de su seguro.
Esta solicitud sirve para ayudar a determinar si havt 4r____