

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del Centro de Salud \_\_\_\_\_

**Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery**  
***Enlaces del Aprendizaje-Centro de Salud Escolar***

**Información de Seguro de Salud**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(apellido) (nombre) (Inicial)

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono del Pediatra \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_

*Por favor complete una de las opciones de abajo. Provea una copia de su tarjeta de seguro medico. Su seguro recibirá la cuenta.*

Tiene su niño/a seguro de salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*Si la respuesta es no, por favor complete la siguiente información:*

Ingreso familiar anual \_\_\_\_\_ Número de personas en la familia \_\_\_\_\_

*Si la respuesta es afirmativa, por favor, complete una de las siguientes opciones:*

My hijo/a está inscrito/a con el Programa de Care For Kids

Mi hijo/a tiene Asistencia Médica (Health Choice) Si puede incluya la copia de la tarjeta  
Número de la tarjeta de Asistencia Médica \_\_\_\_\_  
Nombre de la Organización que tiene su hijo/a \_\_\_\_\_  
(Si no la tiene, ponga, "inguna")

Mi hijo/a tiene seguro privado *Adjunte una copia de la tarjeta, si la tiene disponible*  
Nombre de la persona que está a cargo del seguro \_\_\_\_\_  
Relación con el niño/a \_\_\_\_\_  
Número de seguro social o póliza de la persona que está a cargo \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo de la persona que tiene el seguro \_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_  
Dirección de Cobro de la Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Número telefónico de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_  
Policy # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

**\*A ningún estudiante se le negará la atención.\***  
**POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA**