

# INFORMACIÓN DEL/DE LA NUEVO/A CLIENTE – Parte 1

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer:  
 Femenino  Masculino

Teléfono celular del/de la estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 ¿Podemos llamarle a su casa?  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de apartamento: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿A qué escuela asistes? \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## Contacto de emergencia (requerido)

Con qué adulto responsable podemos comunicarnos en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

## Otros contactos

Padre/madre/tutor (primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor (primer nombre y apellido): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Vivo con mi (marque todas las opciones que correspondan):**  
 Madre(s)  Padre(s)  Padre(s)/madre(s) de crianza temporal  Abuelo(s)/abuela(s)  
 Otra persona; nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DEL/DE LA NUEVO/A CLIENTE – Parte 2

## Información del hogar

### ¿Quién vive en su hogar?

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

¿Dónde recibe usted atención médica normalmente? Médico: \_\_\_\_\_

¿Dónde recibe usted atención dental normalmente? Dentista: \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Proporcionarnos la información de su cobertura de seguro nos permite pagar por los servicios y reduce la necesidad de financiación pública para poder brindar atención al mayor número de estudiantes posible. Si su seguro no paga todo o parte del costo, usted no es responsable de ningún gasto por cuenta propia por los servicios recibidos en un Centro de Salud Estudiantil.

**Las familias que no tienen seguro médico o que no hayan proporcionado información del seguro serán referidas para averiguar si reúnen los requisitos del Plan de Salud de Oregon u otros programas de seguros.** Le recomendamos que presente una solicitud para esta valiosa cobertura.

**Cuento con Medicaid/Plan de Salud de Oregon** *Permítanos sacarle una copia a su tarjeta del seguro*

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía o de los reclamos (incluir ciudad, estado y código postal): \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_ Número de póliza/identificación/paciente: \_\_\_\_\_

Número del grupo: \_\_\_\_\_

Titular del seguro (padre/madre/tutor que proporciona el seguro) Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_

Relación con el/la estudiante: \_\_\_\_\_

**¿El/la estudiante está cubierto/a por más de una póliza? Denos información sobre toda la cobertura de seguro y díganos cuál es la principal.**