



Inscripción y consentimiento para la atención médica en la escuela  
Escuela: \_\_\_\_\_

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