



Beaverton SBHC **Registration Form**

Por favor de completar este formulario y devuélvalo a su escuela o llame proporcionar la información a través del teléfono.

.....
Nombre de Estudiante

.....
Fecha de Nacimiento

.....
Padre/Tutor Legal (Persona Responsable de la Cuenta)

.....
Domicilio

.....
Ciudad

.....
Estado

.....
Código Postal

.....
Teléfono de la Casa

.....
Teléfono Celular

Informacion de Seguro (Si no tiene seguro médico, debe proporcionar prueba de ingresos al momento de la cita para tener derecho a la escala de precios por los servicios.)

.....
Compañía de Seguro Médico

.....
Póliza ID / Paciente #

.....
Grupo #

.....
Titular de Seguro

.....
Fecha de Nacimiento del Titular

.....
Relación del Titular con el Estudiante

.....
Compañía de Seguro Dental

.....
Póliza ID / Paciente #

.....
Grupo #

.....
Titular del Seguro

.....
Fecha de Nacimiento del Titular

Gracias por llenar esta registracion para su centro de salud de la secundaria de Beaverton.

La ley de Oregon requiere un consentimiento del padre o gaurdian legal para proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 15 años de edad y / o para proporcionar servicios de salud mental a niños menores de 14 años de edad. La ley de Oregon permite a las personas mayores de 15 años que buscan tratamiento médico sin consentimiento.

In Partnership with Virginia Garcia Memorial Health Center

Beaverton School-Based Health Center • 13000 SW 2nd Street, Beaverton, OR 97005 • 503-356-3985