



Baker School-Based Health Center

2500 E Street
 Baker City, OR 97814
 541-524-2646

Doctor/Clinica: _____

Nombre de Estudiante: _____ Genero: H M FdeN _____

Apellido Primer

SSN: _____ I.M. Grado: _____ Escuela Atendiendo: _____

Idioma: _____ Necesita Interprete? No Si Étnico: Hispano No-Hispano

Raza: Alaskan Native American Indian Asian Black Native Hawaiian Pacific Islander White No Se Declinar

Teléfono Casa: (_____-_____-_____) Celular Estudiantil: (_____-_____-_____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Garante: (Persona responsable por la cuenta) También **CONTACTO DE EMERGENCIA** indique aquí

Nombre: _____ FdeN _____

Dirección: _____

SSN: _____ Relación: _____ Numero de Teléfono: (_____-_____-_____) _____

PRIMARIO SEGURO MEDICAL: (Por favor de completar todo)

Cuenta:

Nombre de Seguro: _____ Abonado ID: _____

Cobranza:

Nombre de Abonado: _____ # de Grupo: _____
Apellido Primer I.M.

Nombre de Abonado y FdeN: _____ Abonado # de Seguro Social: _____

CUENTA

SEGUNDO SEGURO MEDICAL: (Por favor de completar todo)

Nombre de Seguro: _____ Abonado ID: _____

Cobranza:

Nombre de Abonado: _____ # de Grupo: _____
Apellido Primer I.M.

Nombre de Abonado y FdeN: _____ Abonado # de Seguro Social: _____

En Caso de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Casa: (_____-_____-_____) Celular: (_____-_____-_____) Trabajo: (_____-_____-_____) _____