



SERVICIOS MÓVILES DE SALUD PARA LAS ESCUELAS

Los servicios móviles de salud de SARHA ofrecen a los estudiantes acceso más fácil y eficiente a los servicios de salud. De ningún modo está Ud. obligado a utilizar estos servicios. Si eligiera Ud. a utilizar los servicios ofrecidos por la unidad móvil, esto no perturbará la relación que ellos tengan con su doctor de cabecera o pediatra, según se aplique. La meta del Centro móvil de salud de SARHA es únicamente ofrecer acceso más fácil a los servicios de salud para cuando su hijo lo necesite.

Si esta Ud. interesado en cualquiera de los servicios ofrecidos a través de la Unidad móvil de salud de SARHA, favor de marcar abajo para dejarnos saber cómo le gustaría recibir la información necesaria para que su hijo reciba estos servicios en cualquier momento, sea esto a través de una cita concertada o ambulatoria cuando la Unidad móvil se encuentre en el campus escolar.

Me gustaría recibir un Paquete Informativo Solicitado en la forma de **un paquete en papel**. Una vez que este formulario se devuelva con la escuela, Ud. recibirá un paquete completo en papel con toda la información solicitada. El Paquete Informativo Solicitado tendrá que rellenarse completamente y devuelto con la escuela de su hijo.

Me gustaría recibir un Paquete Informativo Solicitado de forma **electrónica**. Si eligiera a recibirlo de forma electrónica, favor de rellenar toda la información de abajo. Una vez que este formulario se devuelva con la escuela, Ud. recibirá toda la información solicitada vía mensaje de texto de parte de Southeast Alabama Rural Health Associates (SARHA).

***Información obligatoria para preinscripción** (rellene este apartado solo si le gustaría recibir los documentos necesarios de forma electrónica)

Nombre del estudiante (Nombre, Segundo nombre, Apellido): _____

Fecha de nacimiento del estudiante (MM/DD/AAAA): _____

Marque con círculo si el sexo del estudiante es **Masculino** o **Femenino**.

Información para padres-Tutores legales: Favor de proporcionar un número de teléfono y una dirección de correo electrónico correcta. Así se le contactará para citas y cualquier otra información necesaria que se necesitará para que su hijo reciba servicios médicos en cualquier momento en el Centro Móvil de Salud de SARHA, sea esto a través de cita concertada o ambulatoria.

Número de teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Por favor sepa que el teléfono y la dirección de correo electrónico que nos provee serán nuestro punto de contacto en cuanto a la información sobre la salud del paciente (PHI).

Por favor marque si se aplica: BC/BS Medicaid All-Kids No asegurado Otro

Nombre del estudiante:	Grado/Maestro:	Nombre de la escuela: