RHS SCHOOL-B SED HE LTH SER ICES A V

FORMULARIO DE REGISTRO DE NIÑOS

familia)

INFORMACIÓN DEL HIJO / A

Escuela:

Fecha de nacimiento: M M / D D / Y Y

Edad:

Número de seguro social:

Estado:

Código postal:

Contacto de emergencia:

C(Mc
]|

AYÚDANOS A CONOCER MEJOR A TU HIJO

Sexo: M F

Indio Americano / Nativo de Alaska

Idioma preferido:

Vivienda Unifamiliar (Una familia)

Residencia de transición

Numero de Medicaid: _____

Nombre de compañía de seguros: _____ - -

Nombre del titular de la póliza: _____ Empleador: _____

Número de Identificación del titular de la póliza o # de seguro social: _____ Número del Grupo _____

Dirección: **Ciudad:**

-