



Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS

320 Iwo Jima Boulevard

Harlingen, Texas 78550

TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y SEGURO

Nombre del solicitante: _____
Apellido(s) Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social (SSN): _____ - _____ - _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ C.P.: _____

Tel. casa: () _____ Padre/Tutor legal negocio: () _____

Padre/Tutor legal [Apellido(s), nombre(s)]: _____ Fec. Nac. (mm/dd/aa): _____

Empresa: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre de la compañía de seguros del padre/tutor: _____

Dirección: _____ Tel. compañía: () _____

Número(s) de póliza: _____ Monto deducible: _____

Número de certificado: _____ Tipo de póliza: () Grupo () Individual

Madre/ Tutor legal [Apellido(s), nombre(s)]: _____ Fec. Nac. (mm/dd/aa): _____

Empresa: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección: _____ Tel. compañía: () _____

Número(s) de póliza: _____ Monto deducible: _____

Número de certificado: _____ Tipo de póliza: Grupo Individual

¿Está cubierto por una póliza de seguro el solicitante? No Sí ¿Cuál? _____

¿Está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico? No Sí ¿Cuál? _____

Nombre y dirección: _____ Número de póliza: _____

Debe incluir una copia del frente y reverso de la(s) tarjeta(s).

Nota importante: Luego de la notificación de la oficina médica que su hijo necesita servicios de un proveedor médico específico, es responsabilidad de usted contactar a ese proveedor para establecer los arreglos financieros para el pago. Si no tiene cobertura de seguro, debe seleccionar una farmacia de la lista adjunta y ponerse en contacto con ella para proporcionar su número de tarjeta de crédito. Lo mismo aplica para cualquier proveedor médico que necesite su hijo.

Esta autorización es válida para el solicitante antes mencionado:

Yo como () padre, () tutor, () responsable, doy mi consentimiento para el tratamiento médico del menor. Autorizo que los médicos contratados por Marine Military Academy (MMA) u otros doctores elegidos por la academia le den tratamiento médico rutinario (así como también por enfermedades o lesiones). En caso de una emergencia, el personal de MMA tratará de notificar a los padres o tutores en primer lugar. Si éstos no se encuentran localizables, los responsables escolares, por medio de ésta quedan autorizados para emprender cualquier acción médica, incluyendo cirugía o tratamiento dental. En caso de que el solicitante se lesione en su estancia en MMA, por la presente autorizo que los hospitales, doctores, u otros proveedores médicos formulen una declaración detallada de los costos a Marine Military Academy para que se puedan procesar las partes pertinentes al seguro de accidentes escolares. MMA, a quien confiero esta autoridad, es una institución educativa en la que el menor está inscrito como estudiante y que incurre en responsabilidad financiera.

Por la presente certifico que la información médica incluida en este formulario es completa y cierta; y que una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del padre / tutor legal

Fecha (mm/dd/aa)

*Favor de ver el documento adjunto a este formulario con la lista de farmacias



Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS

320 Iwo Jima Boulevard

Harlingen, Texas 78550

TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y FARMACIAS

En caso de que sea necesario que un médico examine a su hijo, Marine Military Academy (MMA) proporcionará el transporte de ida y vuelta al consultorio. Los medicamentos pueden enviarse al departamento médico de MMA o pueden ser adquirirse de una farmacia local (no hay recetas a papel).

Excepto en casos de una emergencia, es su responsabilidad ponerse en contacto con el proveedor médico o farmacia con antelación para establecer un modo de pago. MMA no actuará como intermediario para el pago. Los gastos médicos no pueden ser cargados a su cuenta con nuestra institución. Si tiene previsto gastos recurrentes de farmacia, por favor proporcione al principio del año escolar los datos de su tarjeta de crédito a la farmacia de su elección.

MMA sugiere la siguiente farmacia:

Farmacia

Muniz Rio Grande Pharmacy..... (956) 423-1753

Por favor pónganse en contacto con el departamento médico de MMA (956) 423-6006 ext 854 para establecer otros arreglos.