Marine Military Academy

ADMISSIONS OFFICE
320 Iwo Jima Boulevard
Harlingen, TX 78550
TEL: (956) 423-6006 FAX: (956) 421-9273

CONSENTIMIENTO Y SEGURO

Nombre de cadete (Aspirante): _____
Por favor impresión Appellido Primero Segundo

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____

Telephono(s): _____
Hojar Trabajo (Padres/Guarda

Nombre de Padre/de Guarda:_____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Nombre de la compnaia de seguros medico del padre/guarda: _____

Direccion: _____ Telephono: _____

Numbero de poliza(s): _____ Cantidad deducible: _ _____

Numbero de certificado(s): _____ Tipo de poliza: ( ) Grupo ( ) Individual

Nombre de Madre/de Guarda: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Nombre de la compania de sguros medico de la Madre/Guarda: _____

Direccion: _____ Telephono: _____

Numbero de poliza(s): _____ Cantidad deducible: _____

Numbero de certificado(s): _____ Tipo de poliza: ( ) Grupo ( ) Individual

Es el cadete cubierto debajo de cualequiera de las polizas arriba nombradas? SI ❑ NO ❑

Si si indique qual(s): _____

Esta el cadete cubierto por otra poliza? SI ❑ NO ❑

Si si Nombre de compnaia y telephono: _____

_____ Numero de poliza(s): _____

Esta el cadete cubierto por una poliza de prescripcion? SI ❑ NO ❑

Si si nombre de compania: _____ Telephono de service de cliente: _____

Nombre de titular de tarjeta: _____ Fecha de cobertura: _____

Numbero de suscriptor: _____ Numero de grupo: _____

Proporcionar una copia del frente y de la parte posteriora de cada tarjeta del seguro. Una copia de la tarjeta de la prescripción es requerida por la farmacia para el proceso de la prescripción.

<u>Nota importante</u>: Si no tienes actualmente un abastecedor del seguro, debes seleccionar una farmacia del list* proporcionado y entrarlos en contacto con con tu número de la tarjeta de crédito. Igual se aplica a cualquier abastecedor médico que tu hijo pueda requerir ayuda de. Sobre la notificación del departamento médico de MMA que tu hijo requiere servicios de un abastecedor médico específico, es tu responsabilidad entrar en contacto con ese abastecedor para tomar las medidas financieras para el pago.

Esta autoriazación se aplica al cadete (aspirante) nombrado arriba:

I, como ( ) padre, ( ) guarda, ( ) conservador de manejo, ha autorizado para consentir al tratamiento médico del menor de edad precedente. Consiento por este medio al tratamiento médico rutinario (incluyendo, pero no limitado a, enfermedad o lesión de menor importancia) por los médicos contraídos de la academia militar marina o los médicos u otros profesionales médicos seleccionados por la academia y sus funcionarios debido autorizados. También doy por este médio la academia militar marina y su autoridad de funcionarios autorizada para consentir al tratamiento médico, quirúrgico, o dental de la emergencia, entendiendo que las tentativas de entrarme en contacto con han fallado. Si lesión ocurre a mi hijo/sala durante su atención en la academia militar marina, autorizo por este medio cualesquiera y todos los hospitales, los médicos u otros abastecedores médicos para equipar una declaración de cargas detallada a la academia militar marina para que puedan procesar cualiquier demanda de seguro aplicable de accidente del estudiante. Relacionan a la academia militar marina, a quien doy esta autoridad, con el menor de edad dicho mientras que una institución educativa en quien lo alisten como estudiante y no financieramente responsable.

Certifico que la informacion del seguro demostrada aqui, al major de mi conocimiento, es verdad, completa, y corrige. Una fotocopia de esta autorizacion sera tan valida como la original.

_____ _____
Firma de Padre/ de Guarda Fecha

**Ver la farmacia y la lista medica del abastecedor en dorso de esta forma.*

Revised 2/6/2007