

STUDENT PROFILE ■ PERFIL DEL ESTUDIANTE

The following information is **needed only to determine** eligibility for **PHS** Services and will **not affect your eligibility** for AHCCCS or citizenship. To qualify, please complete all information. ■ La siguiente información es **necesaria sólo para determinar** si cumple con los requisitos para recibir los servicios de **PHS** y **no afectará su derecho a recibir** los beneficios de AHCCCS o la ciudadanía. Para recibir dichos servicios, indique toda la información solicitada.

TODAY'S DATE ■ FECHA

1. STUDENT INFORMATION ■ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

STUDENT'S NAME ■ NOMBRE DEL ESTUDIANTE	DATE OF BIRTH ■ FECHA DE NACIMIENTO	ETHNICITY ■ ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Other
ADDRESS ■ DIRECCIÓN		
CITY ■ CIUDAD	STATE OR COUNTRY ■ ESTADO O PAÍS	ZIP CODE ■ CÓDIGO POSTAL
SCHOOL ■ ESCUELA	GRADE ■ GRADO	HOME # ■ INICIO TELÉFONO #
BIRTH PLACE ■ LUGAR DE NACIMIENTO	SEX ■ SEXO <input type="checkbox"/> Male ■ Masculino <input type="checkbox"/> Female ■ Femenino	
CELL # ■ TELÉFONO CELULAR #		HOME ROOM ■ MAESTRO

2. STUDENT HEALTH INFORMATION ■ INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

CURRENT ALLERGIES TO MEDICINE ■ ALERGIAS DE CORRIENTE A LA MEDICINA	OTHER ALLERGIES ■ OTRAS ALERGIAS
CURRENT MEDICATIONS ■ MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE	
PAST HEALTH PROBLEMS ■ PROBLEMAS DE SALUD ANTERIORES	
DATE OF LAST MEDICAL VISIT ■ FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO	DATE OF LAST DENTAL EXAM ■ FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DENTAL

3. ELIGIBILITY INFORMATION ■ INFORMACIÓN PARA DETERMINAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS (Please answer all ■ Conteste todas las preguntas)

DO YOU HAVE AHCCCS - KIDSCARE ■ ¿TIENE COBERTURA DE AHCCCS - KIDSCARE? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ■ Sí	IF YES, WHEN DID YOU QUALIFY ■ DE SER ASÍ, ¿DESDE CUÁNDO?
IF NO, WHEN WILL YOU APPLY ■ SI NO TIENE DICHA COBERTURA, ¿CUÁNDO PRESENTARÁ SU SOLICITUD?	
<input type="checkbox"/> I DO NOT QUALIFY FOR AHCCCS - KIDSCARE ■ NO TENGO DERECHO A AHCCCS - KIDSCARE	
DO YOU HAVE INSURANCE ■ ¿TIENE SEGURO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ■ Sí	IF YES, WHAT IS YOUR DEDUCTIBLE ■ SI TIENE SEGURO, ¿CUÁL ES EL MONTO DE SU DEDUCIBLE?
DO YOU HAVE A LUNCH PROGRAM ■ ¿TIENE UN PROGRAMA DE ALMUERZOS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ■ Sí	IF YES, WHAT IS YOUR LUNCH STATUS ■ SI TIENE DICHO PROGRAMA, ¿DE QUÉ TIPO ES? <input type="checkbox"/> Free ■ Gratuito <input type="checkbox"/> Reduced ■ Reducido <input type="checkbox"/> Full Pay ■ Pago completo
COMMERCIAL INSURANCE ■ SEGURO COMERCIAL	DOCTOR'S NAME ■ NOMBRE DEL MÉDICO

4. FAMILY INFORMATION ■ INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

MOTHER ■ MADRE	MOTHER OR LEGAL GUARDIAN'S NAME ■ NOMBRE DE LA MADRE O TUTOR LEGAL	DATE OF BIRTH ■ FECHA DE NACIMIENTO	HOME # ■ INICIO TELÉFONO #	CELL # ■ TELÉFONO CELULAR #	
	ADDRESS ■ DIRECCIÓN	CITY ■ CIUDAD	STATE OR COUNTRY ■ ESTADO O PAÍS	ZIP CODE ■ CÓDIGO POSTAL	
	MARITAL STATUS ■ ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Single ■ Soltera <input type="checkbox"/> Married ■ Casada <input type="checkbox"/> Other ■		NUMBER IN HOUSEHOLD ■ NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR Adults ■ Adultos: _____ Children ■ Niños: _____		
	EMPLOYER ■ EMPLEADOR		TELEPHONE NUMBER ■ NÚMERO DE TELÉFONO		
FATHER ■ PADRE	FATHER OR LEGAL GUARDIAN'S NAME ■ NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL	DATE OF BIRTH ■ FECHA DE NACIMIENTO	HOME # ■ INICIO TELÉFONO #	CELL # ■ TELÉFONO CELULAR #	
	ADDRESS ■ DIRECCIÓN	CITY ■ CIUDAD	STATE OR COUNTRY ■ ESTADO O PAÍS	ZIP CODE ■ CÓDIGO POSTAL	
	MARITAL STATUS ■ ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Single ■ Soltera <input type="checkbox"/> Married ■ Casada <input type="checkbox"/> Other ■		NUMBER IN HOUSEHOLD ■ NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR Adults ■ Adultos: _____ Children ■ Niños: _____		
	EMPLOYER ■ EMPLEADOR		TELEPHONE NUMBER ■ NÚMERO DE TELÉFONO		

YAVAPAI REGIONAL MEDICAL CENTER
PARTNERS FOR HEALTHY STUDENTS

**STUDENT PROFILE /
PERFIL DEL ESTUDIANTE**

ORIGINAL – CHART
COPY – PATIENT