

Formulario de Información de Salud

Salud y Bienestar

El propósito principal del Formulario de Información de Salud es obtener información primaria acerca del cuidado de salud del estudiante mientras este permanezca activo en Palm Beach Atlantic University. Este es un requerimiento para **TODOS** los estudiantes que reciben clases en nuestro campus universitario.

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre legal: _____ PBA ID# _____

Apellidos

Nombres

Tel. celular _____ Tel. residencial: _____

Dirección residencial: _____

Calle o PO Box

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: Maculino Femenino Otro Estado civil: Soltero Casado

Marque uno: Reside fuera del campus Reside en el campus

Marque uno: Licenciatura diurna Maestría/Licenciatura adicional Nocturno/Tiempo parcial Farmacia/DNP
 No grado

Estudiante nuevo o transferido comenzando en: Otoño (Agosto) 20____ Primavera (Enero) 20____

Verano (Mayo) 20____

2. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono: _____

3. INFORMACIÓN DE SALUD (Por favor no deje ningún espacio blanco. Utilice N/A en esos casos. Para añadir información adicional, agregue una página.)

Condición física o mental que pueda impactar su experiencia en PBA (Condiciones crónicas o recurrentes, discapacidades, etc.):

Medicamentos que utiliza actualmente:

Lesiones, cirugías o condiciones médicas o mentales serias: _____

Alergias (medicamentos, comidas, sustancias): _____

4. REQUERIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE SEGURO DE SALUD

PBA requiere que los estudiantes Internacionales, con créditos completos de Licenciatura y de Farmacia provean evidencia de seguro de salud. Todo estudiante será automáticamente suscrito al plan de seguro PBA, a menos que provea evidencia de cobertura de otro seguro de salud. Si el estudiante puede proveer documentación de cobertura de otro seguro de salud, será necesario que rescinda la cobertura en la fecha especificada. La fecha para rescindir el seguro puede encontrarse en la página **SALUD y BIENESTAR** en pba.edu. Este proceso debe hacerse todos los años.

5. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Por este medio autorizo al personal de SALUD y BIENESTAR de Palm Beach Atlantic University, consejeros y representantes a prestar y/u obtener tratamiento (médico, quirúrgico/emocional) necesario para mi salud y bienestar. También autorizo hospitalización, si es necesario, y entiendo que los gastos de estos tratamientos y/u hospitalizaciones estarán bajo mi responsabilidad absoluta.

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

(Firma del padre o guardián encaso de que el estudiante sea menor de 18 años).

Centro de Salud y Bienestar de PBA • Todos los formularios deben ser enviados a Health_Wellness@Pba.edu. Si tiene alguna preguntas, comuníquese a (561) 803-2576 o envíe un correo a health_wellness@pba.edu.