Novant Health
Community Care Cruiser

Para más información visite:
www.novanthealth.org\cruiser

Saludos,

La Unidad Móvil de Salud Comunitaria de Novant Health (Cruiser) brinda acceso gratuito a servicios médicos de alta calidad para niños que no son elegibles para el seguro médico. Los estudiantes elegibles incluyen niños sin seguro o con seguro insuficiente (Medicaid o elegible para Medicaid) de 0 a 18 años en el área de Charlotte.

La Unidad Móvil de Salud Comunitaria se asociará con **Alexander Graham Middle School** para proporcionar vacunas infantiles sin cargo a los estudiantes que califiquen. Para participar, complete el formulario adjunto,traiga una copia de los récords de las inmunizaciones y devuélvalos a la enfermera de la escuela o al representante antes de **miércoles de agosto 10, 2022.**

Si su hijo(a)/estudiante es menor de 12 años, un padre o tutor debe estar presente. Si un padre o tutor no puede asistir a la cita en el día y la hora designados, nuestra Unidad de Salud Comunitaria tiene citas por la mañana y por la tarde de lunes a viernes en **Project 658** situado en **3646 Central Avenue Charlotte NC 28205.**

Puede llamar al 844-644-3578 (NHHELPU) para programar según su conveniencia.

Comuníquese con el representante de su escuela si tiene alguna pregunta o inquietud.

¡Gracias!

Atentamente,

El equipo de la Unidad Móvil de Salud Comunitaria/Novant Health Community Cruiser

NOVANT HEALTH
Community Care Cruiser

Favor de completar este formato con tinta negra

Clínicas de Vacunación para las Escuelas de Charlotte Mecklenburg

Debe ser completado por el PADRE o TUTOR

Fecha de Hoy: ____/____/_____

Nombre del Niño (a): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____

Número de Casa y Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Origen Étnico: ☐ Afro-americano ☐ Asiático ☐ Anglosajón ☐ Hispano ☐ Otro: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Padre/Nombre del Tutor Legal: _____ Relación: _____

Padre/Nombre de Nacimiento: ____/____/_____

dirección de correo electrónico:_____

Situación laboral: ☐ Discapacitado ☐ Tiempo completo ☐ Desempleado ☐ En servicio militar activo ☐ Medio tiempo

☐ Jubilado

☐ Trabaja por cuenta propia ☐ Estudiante ☐ Estudiante tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ No sabe

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Favor de seleccionar su estado actual de seguro médico: ☐ Sin Seguro ☐ Medicaid ☐ NC HealthChoice ☐ Seguro Médico

Ingreso Mensual: _____ Número de Personas en el Hogar: _____

¿Su hijo ha tenido Varicela alguna vez?: ☐ SI ☐ NO

☐ Entiendo que al completar este formulario y firmar a continuación, estoy consintiendo que mi(s) hijo(s) reciba(n) la escuela vacunas con el Novant Health Community Care Cruiser.

_____

Firma y fecha