



**Novant Health  
Community Care Cruiser**

Para más información visite:  
[www.novanthealth.org/cruiser](http://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 la **escuela secundaria Mallard Creek** 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 del **jueves 29 de septiembre de 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 diferentes ubicaciones.

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

**\*\*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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

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/Tutor legal fecha 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: \_\_\_\_\_

Seleccione su estado actual de seguro de salud: Sin Seguro Medicaid NC HealthChoice Seguro Médico Ingreso

Ingreso mensual: \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha tenido varicela?: SI NO

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

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha