



# Marine Military Academy

OFICINA DE ADMISIONES  
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

Pegar  
foto aquí

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

La solicitud debe incluir un cheque para procesar la aplicación (cuota no reembolsable) y una copia del acta de nacimiento del joven.

**GRADO:** 2º Sec.(8) 3ºSec.(9) 1º Prep.(10) 2º Prep.(11) 3º Prep.(12) Postgrado N/D **AÑO:** \_\_\_\_\_

- Otoño (Fall)
- Primavera (Mid-term)
- Campamento de liderazgo
- Campamento de inglés (ESL)
- Campamento con curso aeroespacial

Apellido Paterno (Last Name): \_\_\_\_\_ Apellido Materno (Mother's maiden name): \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Apodo (Name usually called): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:** **El estudiante vive con:**  Padre  Madre  Otro(a) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla de calzado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_

La respuesta a la siguiente pregunta racial/étnica es voluntaria, pero de acuerdo a la ley federal se requiere que la institución de a conocer esta información. Por lo tanto, su colaboración ayudará a entregar reportes más precisos. ¿Cómo se identifica? Favor de seleccionar una opción.

- Blanco, anglo, caucásica (no hispano)
- Amerindio o nativa de Alaska
- Asiático o de las Islas del Pacífico (incluyendo el subcontinente Indio)
- Religión: \_\_\_\_\_
- Hispano (incluyendo Puerto Rico y países latinoamericanos)
- Negro, Afroamericano (no hispano)
- Otro (Favor de especificar): \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_ ¿Vive?  Sí  No

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_ ¿Vive?  Sí  No

Estado civil de los padres:  Casados  Divorciados  Separados  Viudo(a)  Soltero(a)

### RESPONSABLES DEL SOLICITANTE:

**PADRE** (Apellido paterno, materno, nombre(s)): \_\_\_\_\_  Beneficiario

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tel. casa: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Esposa (madrstra/otra)** (Apellido paterno, materno, nombre(s)): \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**MADRE** (Apellido paterno, materno, nombre(s)): \_\_\_\_\_  Beneficiario

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tel. casa: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

**Esposo (padraastro/otro)** (Apellido paterno, materno, nombre(s)): \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Si los padres biológicos están divorciados/separados favor de llenar la parte 1 a 3 (no olvide proporcionar una copia del decreto de custodia):

1. **Nombre del padre con la patria potestad:** \_\_\_\_\_  Beneficiario  Custodia compartida

2. **Nombre del padre con la patria potestad:** \_\_\_\_\_  Beneficiario

3. **Nombre del padre sin custodia:** \_\_\_\_\_  Beneficiario

Favor de señalar (en la parte anterior) a quien se le deberá enviar el cobro seleccionando "beneficiario". De lo contrario favor de indicarlo:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ ¿Relación con el solicitante? \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tel. casa: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Dónde escuchó hablar por primera vez de Marine Military Academy? (Favor de especificar)

- Ex alumno: \_\_\_\_\_  Revista: \_\_\_\_\_  Estudiante/cadete: \_\_\_\_\_
- Periódico: \_\_\_\_\_  Orientador: \_\_\_\_\_  Por algún conocido: \_\_\_\_\_
- Internet: \_\_\_\_\_  Directorio de internados: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) escuela(s) en la que el solicitante ha estado en los últimos tres años:

- Año: 20 \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Motivo de baja: \_\_\_\_\_
- Año: 20 \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Motivo de baja: \_\_\_\_\_
- Año: 20 \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Motivo de baja: \_\_\_\_\_
- Año: 20 \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Motivo de baja: \_\_\_\_\_

Favor de seleccionar la lengua extranjera que desee aprender:  Chino mandarín  Español

¿Tiene el candidato algún talento o interés especial, ya sea artístico, musical, deportivo, etc.?  Sí  No

De ser así, favor de mencionar: \_\_\_\_\_

¿Ha sido profesionalmente diagnosticado con dificultades de aprendizaje?  Sí  No

De ser así, favor de explicar el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Tiene el candidato un Programa de Educación Individualizada (IEP) o Programa de Comportamiento Individualizado (BIP)?  Sí  No

De ser así, favor de explicar y adjuntar (sólo si es candidato para el ciclo escolar) el expediente IEP o BIP de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Se le ha diagnosticado alguna vez al solicitante con algún trastorno psiquiátrico? (Esquizofrenia, trastorno bipolar (I,II, NOS)  Sí  No

depresión, distimia, ansiedad, trastorno de conducta, trastorno de oposición desafiante (ODD), trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), síndrome de Tourette, síndrome de Asperger, déficit de atención e hiperactividad (ADHD), déficit de atención (ADD), antecedentes de automutilación o autolesión)

De ser así, favor de **circular cada trastorno** y mencionar **todos** los medicamentos recetados por el médico o psiquiatra: \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratado o ha dado positivo alguna vez por consumo de sustancias ilícitas?  Sí  No

De ser así, favor de realizar un examen de orina e incluir los resultados. Fecha en que sucedió: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado involucrado en el sistema de justicia de menores o ha sido sentenciado como delincuente?  Sí  No

- En libertad condicional  Sentencia diferida  A la espera de juicio  Condenado por delito grave o menor  Servicio comunitario

**NOTA:** De ser así, favor de presentar la documentación correspondiente junto con la solicitud.

Por la presente certifico que la información en este formulario es verdadera y completa y que no hay medidas disciplinarias, sanciones penales, ni diligencias pendientes en contra del menor. Entiendo que cualquier representación falsa u omisión de información puede causar expulsión.

**Fecha** (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ **Firma del padre o persona con patria potestad:** \_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN DE SER CONTESTADAS POR EL CANDIDATO CON SU PROPIA LETRA:**

¿Qué has hecho los últimos dos veranos? (Viajes, campamentos, escuela de verano, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué experiencia crees que Marine Military Academy te puede dejar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Menciona brevemente cuáles son tus ambiciones para el futuro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Marine Military Academy

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES  
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, TX 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

## REPORTE DE HISTORIAL CLÍNICO

(Favor de entregar a su médico)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre Segundo Nombre Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

### REQUISITOS DE VACUNACIÓN DEL ESTADO DE TEXAS SE DEBERÁN LLENAR LOS ESPACIOS VACÍOS (MM/DD/AA)

#### VACUNAS:

Difteria, tétanos y tos ferina (DPT/DT)						
Polio						
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)						
Hepatitis B						
Hepatitis A						
Vacuna contra la varicela						
Historial de varicela						
Meningococo			Otra			
* Agudeza visual: OD _____ OS _____ OU _____ * Agudeza auditiva: AD _____ AS _____ WNL _____ AU _____						

Reporte físico: Altura (pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso (libras): \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_

### Conteste todas las preguntas: (Favor de comentar en las respuestas positivas, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

Varicela: ¿A qué edad?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tos crónica	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ansiedad o Nerviosismo	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis o Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar tipo I, II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión o distimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oídos, nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de oposición desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías u operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. de déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranoia o psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno explosivo intermitente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras enfermedades: (Favor de explicar, si necesita más espacio utilice otra hoja.)

### Are the following systems normal? (Please fully describe any abnormalities.)

	NORMAL	ABNORM		YES	NO
1. Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ALERGIAS:</b>		
2. Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sistema cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Medicamentos a base de sulfá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sistema digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Suero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aparato genitourinario o hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Alimentos (¿Cuáles?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Músculo esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Otra: _____		
7. Metabólico y endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Neuropsiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Dermatológico o trastornos de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- ¿Tiene algún órgano deteriorado? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Tiene alguna limitación física? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento psiquiátrico? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Ha estado o está bajo algún tratamiento médico? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO
- ¿Está tomando algún medicamento? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_ Sí  NO

Firma de médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de médico: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
(Escribir en letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_



# Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

## FORMULARIO MÉDICO

(Este formulario debe ser completado por el padre o tutor legal)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Apellido(s)

Nombre (s)

SÍ NO

1. **Durante los últimos 12 meses (desde su última revisión médica):**  
  - a. ¿Ha sido hospitalizado?
  - b. ¿Ha sufrido alguna lesión que requiera visita médica?
  - c. ¿Ha padecido alguna enfermedad durante más de una semana?  
En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar la fecha y motivo. \_\_\_\_\_
2. **¿El cadete toma algún medicamento con regularidad?**    
*En caso afirmativo, favor de indicar los medicamentos y el diagnóstico.* \_\_\_\_\_
3. **¿Hay alguna razón por la que debemos de limitar la participación del menor en actividades deportivas?**    
*En caso afirmativo, favor de especificar el motivo.* \_\_\_\_\_
4. **¿Prohíbe que participe en deportes de contacto tales como fútbol americano o boxeo?**    
*En caso afirmativo, favor de especificar el motivo.* \_\_\_\_\_
5. **¿Alguna vez ha sufrido una conmoción cerebral, fractura o ha sido noqueado?**    
*En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo:* \_\_\_\_\_
6. **¿Alguna vez ha sufrido convulsiones o ha sido diagnosticado con epilepsia?**    
*En caso afirmativo, favor de especificar la fecha y motivo:* \_\_\_\_\_
7. **¿Está o ha sido sometido alguna vez a tratamiento psiquiátrico?**    
*En caso afirmativo, favor de especificar el motivo junto con documento del psiquiatra:* \_\_\_\_\_
8. **¿Carece de algún órgano?**    
*En caso afirmativo, favor de explicar:* \_\_\_\_\_
9. **¿Usa de algún aparato dental (por ejemplo, frenos, retenedor, etc.)?**
10. **¿Ha recibido tratamiento por lesiones de cuello o espalda?**    
*En caso afirmativo, favor de especificar la fecha (mm/dd/aa) y motivo:* \_\_\_\_\_
11. **¿Es alérgico a algún medicamento?**    
*En caso afirmativo, favor de mencionar cuáles:* \_\_\_\_\_
12. **¿Está recibiendo tratamiento por algún otro motivo no mencionado en este formulario?**    
*En caso afirmativo, favor de explicar:* \_\_\_\_\_
13. **Le hicieron la prueba de la tuberculina el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa) con resultado negativo el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa).**  
*El propósito principal de la prueba de la tuberculina es mantener un ambiente escolar sano y seguro y reducir los costos directos e indirectos asociados con un caso de tuberculosis en el campus.*
14. **Autorizo que mi hijo reciba la vacuna contra la gripe por \$25 dólares que serán facturados a nombre del padre o tutor legal.**  
 Sí  NO  Mi hijo ya recibió la vacuna el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa).  
*La vacuna se pondrá entre los meses de octubre y noviembre. No es una vacuna obligatoria.*
15. **¿Ha sido vacunado este año por otra razón desconocida por el departamento médico?**    
*En caso afirmativo, favor de enviar una copia.*

Este formulario debe ser completado por el padre o tutor del cadete durante cada año y deberá entregarse al personal de la oficina médica antes de que el estudiante participe en algún tipo de deporte, actividad, o juego, ya sea dentro o fuera de la temporada. Las preguntas están estructuradas para complementar el reporte de historial clínico. Si hay algún cambio en el estado de salud del solicitante que haga peligrosa su participación, favor de mencionarlo. Todas las respuestas afirmativas que no hayan sido mencionadas en el reporte de historial médico requerirán un examen físico adicional. TODO cambio en el estado de salud del cadete debe de ser reportado a la oficina médica para asegurar que no ocurran lesiones de mayor gravedad y que se le proporcione o se complete el tratamiento adecuado recetado por el médico. Declaro que la información en este formulario es verdadera, completa y correcta.

Fecha (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_ Firma de padre/tutor legal: \_\_\_\_\_



# Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS  
320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550  
TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273  
Correo electrónico: admissions@mma-tx.org

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y SEGURO

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Nombre(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tel. casa: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Padre/Tutor legal [Apellido(s), nombre(s)]: \_\_\_\_\_ Fec. Nac. (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. compañía: ( ) \_\_\_\_\_

Número(s) de póliza: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

Número de certificado: \_\_\_\_\_ Tipo de póliza: ( ) Grupo ( ) Individual

Madre/ Tutor legal [Apellido(s), nombre(s)]: \_\_\_\_\_ Fec. Nac. (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel. compañía: ( ) \_\_\_\_\_

Número(s) de póliza: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

Número de certificado: \_\_\_\_\_ Tipo de póliza:  Grupo  Individual

¿Está cubierto por una póliza de seguro el solicitante?  No  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Está cubierto por alguna otra póliza de seguro médico?  No  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Nombre y dirección: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

### Debe incluir una copia del frente y reverso de la(s) tarjeta(s).

**Nota importante:** Luego de la notificación de la oficina médica que su hijo necesita servicios de un proveedor médico específico, es responsabilidad de usted contactar a ese proveedor para establecer los arreglos financieros para el pago. Si no tiene cobertura de seguro, debe seleccionar una farmacia de la lista adjunta y ponerse en contacto con ella para proporcionar su número de tarjeta de crédito. Lo mismo se aplica si el departamento médico de MMA le notifica que su hijo necesita cierto servicio médico, es responsabilidad de usted ponerse en contacto con el proveedor para el pago.

Esta autorización es válida para el solicitante antes mencionado:

Yo como ( ) padre, ( ) tutor, ( ) responsable, doy mi consentimiento para el tratamiento médico del menor. Autorizo que los médicos contratados por Marine Military Academy (MMA) u otros doctores elegidos por la academia le den tratamiento médico rutinario (así como también por enfermedades o lesiones). En caso de una emergencia, el personal de MMA tratará de notificar a los padres o tutores en primer lugar. Si éstos no se encuentran localizables, los responsables escolares, por medio de ésta quedan autorizados para emprender cualquier acción médica, incluyendo cirugía o tratamiento dental. En caso de que el solicitante se lesione en su estancia en MMA, por la presente autorizo que los hospitales, doctores, u otros proveedores médicos formulen una declaración detallada de los costos a Marine Military Academy para que se puedan procesar las partes pertinentes al seguro de accidentes escolares. MMA, a quien confiero esta autoridad, es una institución educativa en la que el menor está inscrito como estudiante y que incurre en responsabilidad financiera.

Por la presente certifico que la información médica incluida en este formulario es completa y cierta; y que una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

\*Favor de ver el documento adjunto a este formulario con la lista de farmacias



# Marine Military Academy

OFICINA DE INGRESOS

320 Iwo Jima Boulevard | Harlingen, Texas 78550

TEL: (956) 423-6006 ext. 861 FAX: (956) 421-9273

Correo electrónico: [admissions@mma-tx.org](mailto:admissions@mma-tx.org)

## PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y FARMACIAS

En caso de que sea necesario que un médico examine a su hijo, Marine Military Academy (MMA) proporcionará el transporte de ida y vuelta al consultorio. Los medicamentos pueden enviarse al departamento médico de MMA o pueden ser adquirirse de una farmacia local.

Excepto en casos de una emergencia, es su responsabilidad ponerse en contacto con el proveedor médico o farmacia con antelación para establecer un modo de pago. MMA no actuará como intermediario para el pago. Los gastos médicos no pueden ser cargados a su cuenta con nuestra institución. Si tiene previsto gastos recurrentes de farmacia, por favor proporcione al principio del año escolar los datos de su tarjeta de crédito a la farmacia de su elección.

MMA sugiere la siguiente farmacia:

Muniz Rio Grande Pharmacy..... (956) 423-1753

Por favor pónganse en contacto con el departamento médico para establecer otros arreglos.