**NYU LANGONE HOSPITALS
HEMPSTEAD HIGH HEALTH CENTER**

201 President Street Hempstead, NY 11550

(516) 434-4251

Un programa conjunto del Distrito Escolar Hempstead
y NYU Langone Hospitals – Long Island
Consentimiento de los padres para servicios de atención médica

Tenga presente que su hijo puede usar el Centro de Salud ubicado en la escuela y ser atendido por sus otros doctores. El firmar este consentimiento no cambia su seguro, no cambia su doctor privado y no afecta a la cantidad de veces que su hijo puede visitar a su doctor privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE LOS PADRES
Apellido del estudiante: _____ Primer nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Día Mes Año Dirección del estudiante: _____ Ciudad Estado Código postal Correo electrónico del estudiante: _____ *Número de seguro social del estudiante: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Grado: _____ Origen étnico: ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Asiático/Isleño del Pacífico ☐ Otro _____ Mencione el doctor de cabecera del estudiante, si lo tiene. Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Indique la farmacia a la que podemos enviar las recetas. Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____ *Indica que el campo es opcional: usado exclusivamente para propósitos de seguro.	Padre / Madre / Tutor legal: Apellido: _____ Primer nombre: _____ Tel. residencial/del trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Padre / Madre / Tutor legal: Apellido: _____ Primer nombre: _____ Tel. residencial/del trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ En caso de ser el tutor legal, indique la relación con el estudiante: ☐ Abuelo/abuela ☐ Tía/Tío ☐ Padre sustituto ☐ Otro: _____ Tel. residencial/del trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Idioma de preferencia del Padre/Madre/Tutor: _____ CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Tel. residencial o de trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO	
¿Su hijo tiene Medicaid? ☐ No ☐ Sí: N.º de ID de Medicaid _____ ¿Su hijo tiene Child Health Plus? ☐ No ☐ Sí: N.º de CHP _____ ¿Cuál plan? ☐ Affinity ☐ Fidelis ☐ Healthfirst ☐ Empire BC/BS Health Plus ☐ Emblem Health(HIP/GHI) ☐ Metro Plus ☐ WellCare ☐ United Healthcare	¿Tiene su hijo algún otro tipo de seguro de salud? ☐ No ☐ Sí, Plan de salud: _____ N.º de ID de afiliado/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante lo contacte para ayudarlo a obtener uno? ☐ No ☐ Sí ¿Cuál es el mejor horario para contactarlo? _____

Casilla 1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA Firme la casilla 1 y 2

He leído y comprendido los servicios enumerados en la página que sigue (Servicios del centro de salud ubicado en la escuela) y mi firma brinda mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios prestados por el centro de salud ubicado en la escuela Hempstead High Health Center en NYU Langone Hospital – Long Island. Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para llevar a cabo exámenes estipulados, tratamientos de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con el comportamiento sexual y la prevención del embarazo y la prestación de servicios en los cuales la salud del estudiante parezca estar en peligro. En consentimiento de los padres no es obligatorio para los estudiantes que tengan 18 años o más o para los estudiantes que son padres, están casados o legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Mi firma también brinda mi consentimiento para contactar a otros proveedores que han evaluado a mi hijo. Mi firma indica mi consentimiento para divulgar información médica.

**NYU LANGONE HOSPITALS
HEMPSTEAD HIGH HEALTH CENTER**

201 President Street Hempstead, NY 11550

(516) 434-4251

Un programa conjunto del Distrito Escolar Hempstead
y NYU Langone Hospitals – Long Island

Consentimiento de los padres para servicios de atención médica

X _____

Firma del padre, madre o tutor legal   **Fecha**

AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS A LOS PROVEEDORES MENCIONADOS ARRIBA POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO SOBRE ESTA DECLARACIÓN. LA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ IGUAL VALIDEZ QUE EL ORIGINAL.

**NYU LANGONE HOSPITALS
HEMPSTEAD HIGH HEALTH CENTER**

201 President Street Hempstead, NY 11550

(516) 434-4251

Un programa conjunto del Distrito Escolar Hempstead
y NYU Langone Hospitals – Long Island
Consentimiento de los padres para servicios de atención médica

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Mediante el presente, doy mi consentimiento para que mi hijo/hija (según se indica anteriormente) reciba atención médica “sin costo” brindada por el médico, enfermera especializada y otros profesionales de la salud certificados por el estado, como así también atención médica en NYU Langone Hospitals – Long Island Pediatric Center. La atención incluye los siguientes servicios de atención médica como parte del programa de salud escolar patrocinados por el Departamento de Salud de Nueva York.

Los servicios del Centro de Salud ubicado en la escuela podrán incluir, sin limitación, los siguientes:

1. Servicios de salud escolar estipulados: exámenes de la visión y la audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras afecciones médicas, primeros auxilios y vacunaciones recomendadas y requeridas.
2. Exámenes físicos integrales (examen médico completo) que incluyen los requeridos para la escuela, los deportes, documentos laborales y admisiones nuevas.
3. Exámenes de laboratorio indicados médicamente como de anemia, de células falciformes y diabetes.
4. Atención y tratamientos médicos, incluidos los diagnósticos de enfermedades agudas y crónicas, y la distribución y prescripción de medicaciones.
5. Servicios de la salud mental que incluyen, evaluaciones, diagnósticos, tratamientos y derivaciones.
6. Educación sobre la salud, nutrición y asesoría en el abuso de sustancias, educación sobre el asma.
7. Servicios de atención médica reproductiva, que incluyen asesoría sobre la abstinencia, asesoría sobre la anticoncepción, exámenes de embarazo, tratamiento y evaluación de ETS, examen de VIH, y derivaciones por resultados anormales, según corresponda por la edad y la indicación médica.
8. Educación y asesoría de la educación para la salud para la prevención de comportamientos de riesgo como estos: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como así también la abstinencia y prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual y VIH, según corresponda por la edad y la indicación médica.
9. Exámenes dentales que incluyen: diagnósticos y selladores según corresponda.
10. Derivaciones por servicios no proporcionados en el centro de salud ubicado en la escuela.
11. Encuesta/cuestionario de salud anual.
12. Prestación de servicios de la salud en el NYU Health Hospitals – Long Island Pediatric Center en los horarios fuera después de clases y durante las vacaciones.

Doy mi permiso para que mi hijo se inscriba en el Hempstead High Health Center. Entiendo que, cuando sea necesario, se realizarán esfuerzos para contactarme antes de cualquier tratamiento que requiera el consentimiento de los padres en virtud de las leyes del Estado de Nueva York. Entiendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el equipo médico en áreas de servicios específicos y no se discutirán con el padre, madre o tutor legal a menos que el estudiante así lo desee. El personal de Hempstead High Health Center considera que es importante que los padres se involucren. El personal recomienda a los estudiantes que involucren a sus padres, madres o tutores legales en la asesoría y la atención médica.

Seguro “sin costo” significa que no debe pagar gastos de su bolsillo. Cuando los estudiantes tienen cobertura de un seguro de salud, se factura a las compañías de seguros.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____   Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM