

**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 Hospital – Long Island
Autoconsentimiento del estudiante para servicios de atención médica

*Ten presente que puedes usar el Centro de Salud ubicado en la escuela y ser atendido por tus otros doctores.
El firmar este consentimiento no cambia tu seguro, no cambia tu doctor privado y no afecta
el número de veces que puedes ver a tu doctor privado.*

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____

Primer nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Dia mes año

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Grado: _____

Dirección del estudiante: _____

Ciudad estado código postal

Número de celular del estudiante: _____

Dirección de correo electrónico del estudiante: _____

Origen étnico: ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Blanco
☐ Asiático/Isleño del Pacífico ☐ Otro _____

*Número de seguro social del estudiante: _____

(*campo opcional: Usado exclusivamente para propósitos de seguro)

¿Tienes un doctor regular? ☐ No ☐ Sí, proporciona la siguiente
información aquí

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA
SOLAMENTE**

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: _____

Idioma de preferencia del Padre/Madre/Tutor: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Tel. residencial o de trabajo: _____

Celular: _____

Indique la farmacia a la que podemos enviar las recetas

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Tienes Medicaid O Child Health Plus? ☐ No ☐ Sí

N.º de ID de Medicaid _____ N.º de CHP _____

¿Tienes otro seguro? ☐ No ☐ Sí

Nombre del seguro: _____ N.º de ID del seguro _____

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA

El Centro de salud ubicado en la escuela me ha explicado el alcance de los servicios de salud que puedo recibir.
He leído y comprendo los servicios enumerados anteriormente y con mi firma otorgo mi consentimiento para recibir servicios de salud de forma confidencial
brindados por el Centro de Salud ubicado en Hempstead High School.

Firma del estudiante

Fecha