

ROOSEVELT SCHOOL-VBASED HEALTH PROGRAM

1 Wagner Avenue
Roosevelt, New York 11575
(516) 345-7229

UN PROGRAMA MUTO DEL COLEGIO DEL DISRTRITO DE ROOSEVELT
Y EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE NASSAU

PERMISO DEL PADRE O ENCARGADO

SS# _____

Nombre y apellido del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección: _____

Teléfono Casa: _____ Trabajo (de Padre/Encargado): _____

Contacto de Emergencia (Nombre): _____ Teléfono: _____

Número de Medicaid: _____ **Esta el Estudiante cubierto por otro seguro? () Si () No**

Numero del Seguro: _____ Numero de Póliza: _____ Grupo: _____

Nombre del Posesor (Persona encargada) del Seguro: _____

Nombre de Su Doctor Primario: _____ Dirección: _____

Mi Doctor Primario Designado es SBHC/NUMC () Si () No _____

PERMISO DEL PADRE O ENCARGADO PARA SERVICIOS DE SALUD

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a (indique arriba) pueda recibir servicios de salud "a no costo" ofrecidos por médicos, enferma practicante y otros profesionales certificados por el estado de Nueva York del programa de salud de la Escuela de Roosevelt y de bajo costo en la Clínica de Roosevelt-Freeport y que incluye los siguientes servicios como parte del programa de salud de la escuela de Roosevelt. Que esta subministrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

- Examen físico completo y análisis de laboratorio para escuela, deportes y trabajo
- Prueba del oído, la vista, escoliosis y presión arterial (presión alta/baja)
- Inmunizaciones o Vacunas
- Primeros auxilios
- Recetas y tratamiento de las enfermedades
- Cuidado de la piel
- Pruebas clínicas y tratamiento de enfermedades sexuales
- Nutrición y control de peso
- Educación y consejería sobre la salud
- Consejería para la escuela y problemas personales
- Provisión para servicios de salud en la Clínica de Roosevelt-Freeport antes de las horas de escuela y durante las vacaciones de la escuela

Yo doy permiso a mi hija/o a participar en el Programa de Salud de la escuela de Roosevelt. Yo entiendo que cuando sea necesario todo lo posible se hará para tratar de comunicarse conmigo. Yo acepto la confidencialidad entre el estudiante y los equipos médicos es asegurado y no será discutido con los padres o encargados del estudiante solo q el estudiante lo permita. Al mismo tiempo entiendo que la Consejeria de la escuela (Board of Education) considera que la participación de los padres/encargados es importante y ha pedido al equipo medico que el estudiante incluya a sus padres/encargados en el proceso de (consejería personal) y las decisiones medicas.

Firma del Padre/Encargado

Fecha

Información del Padre(s) Encargado(s)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Sexo: _____
Código postal: _____ Condado: _____ Estado Civil: _____
Tele Casa: _____ Tel Trabajo: _____ SS# _____
Trabaja? () Si () No (dar información abajo) Persona asegurada: _____
Familiar Cercano de emergencia: _____ Relación: _____

Información de Trabajo

Nombre de Compañía: _____
Dirección: _____ Persona de Contacto: _____
Código Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Condado: _____ Tipo de trabajo: _____ Años en el trabajo: _____
Tel: _____ Ocupación: _____ Título: _____