

Medicina de Familia de JK y Pediatría en el hospital de Universidad de Stony Brook  
Departamento de Medicina de Familia de Departamento de NYS Artículo de Salud 28 en el Centro Medico Basado Escolar.

Yo no tengo cobertura de seguro y me gustaría solicitar Medicaid.

Yo no tengo cobertura de seguro y NO me gustaría solicitar Medicaid.

**Para preguntas en cuanto a la Clínica de Salud Basada Escolar en el Distrito Escolar de Longwood; llame la Oficina de Estudiante y Servicios Comunitarios al 631-345-2163.**

## Información de Seguro de Salud

¡Esta parte tiene que ser completada! Por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro (ambos lados).

Empresa de Seguro: \_\_\_\_\_

Número del Miembro #: \_\_\_\_\_

Medicaid # \_\_\_\_\_

Asegurador: \_\_\_\_\_

Relación al Asegurador: \_\_\_\_\_

## Consentimiento de Unirse

Doy mi consentimiento para mi hijo/hija o hijo de crianza para recibir servicios de asistencia médica proporcionados por el Centro Médico Basado Escolar en la Escuela Secundaria de Longwood y obtener copias de exámenes físicos y archivos de inmunización de su médico de cuidado escolar y primario. He recibido, leo, y entiendo el Aviso de HIPAA de Prácticas de Intimidad.

**NO COSTO DE BOLSILLO AL ESTUDIANTE O FAMILIA. NINGUN CO-PAGO REQUERIDO.**

Asignación de Beneficios:

Por este medio adjudico, transfiero, y envío al hospital (incluso su médico(s) independiente y/o practicante(s) de asistencia médica aliado o sus corporaciones profesionales) beneficios que puedo tener derecho a de agencias del gobierno, portadores de seguros, o aquellos económicamente obligados de mi hospitalización y asistencia médica. Solicito que el pago de beneficios autorizados sea hecho de mi parte directamente al hospital (incluso practicantes de salud aliados o su corporación profesional).

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante Fecha  
(Solamente si 18 años o mayor)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de Distrito//Confirmación Telefonica

\_\_\_\_\_  
Titulo

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Just Kids Diagnostic & Treatment Center  
100 Longwood Road  
Middle Island, NY 11953*

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de  
Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Teléfono del Estudiante: \_\_\_\_\_

# de Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Padre/Guardián  
Nombre: \_\_\_\_\_

# de Teléfono del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

# de Teléfono del Padre/Guardián del  
trabajo: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problemas de Salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Información de Contacto en Caso de Emergencia

Contacto de Emergencia  
Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion al Estudiante: \_\_\_\_\_

# Teléfono: \_\_\_\_\_

## Otra Información Necesaria

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

# de Fax: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

# de Fax: \_\_\_\_\_

**¡Gracias por elegir el Centro Médico  
Basado Escolar!**

El Centro Médico Basado Escolar es manejado y hecho funcionar por la Medicina de Familia JK y Pediatría en asociación con el Departamento de Hospital de Universidad de Stony Brook Departamento de Medicina de Familia Departamento de NYS de Artículo de Salud 28 proporciona servicios de asistencia médica básica completos para su adolescente. Estos servicios son proporcionados en una atmósfera que es tanto familiar como cómoda para el estudiante.

El alcance de servicios incluye la asistencia médica primaria y preventiva, el diagnóstico y el tratamiento de condiciones médicas, y dirección de condiciones crónicas específicamente asma y diabetes. Las inmunizaciones serán proporcionadas. Además, las evaluaciones de salud orales serán parte de la asistencia médica rutinaria.

