

<b>Nombre Legal del Estudiantes (Apellido, Primero, Medio)</b>			<b>Nombre preferido:</b>		
<b>Demografía:</b>					
<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)</b> ____/____/____		<b>Sexo de nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No definido <b>Identidad de Género:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Trans Mujer/ Masculino-a-Femenino (MTF) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/ Trans Masculino/ Femenino-a-Masculino (FTM) <input type="checkbox"/> Género (ni exclusivamente masculino o femenino) <input type="checkbox"/> Género adicional/ Otro Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar			
<b>Número de teléfono del hogar :</b>  Hogar: (____) _____ - _____  Cell: (____) _____ - _____		<b>El niño vive con:</b> <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Abuelos: _____ Guardián Legal: _____ Persona que actúa en lugar de padres: _____			
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No reportada /Reúsa reportar su raza					
<b>Escuela:</b>		<b>Grado:</b>		<b>Maestro de aula:</b>	
<b>Información de los Padres 1 / Tutor(es):</b>			<b>Información de los Padres 2 / Tutores:</b>		
<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia			<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia		
<b>Fecha de nacimiento</b> ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Ssn:</b> ____-____-____	<b>Fecha de nacimiento</b> ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>NSS:</b> ____-____-____
<b>Dirección:</b>			<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Teléfono del hogar</b>	<b>Teléfono de trabajo</b>	<b>teléfono celular</b>	<b>Teléfono del hogar</b>	<b>Teléfono de trabajo</b>	<b>teléfono celular</b>
<b>Dirección de correo electrónico</b>		<b>Nombre del empleador</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>		<b>Nombre del empleador</b>
<b>Contacto de emergencia 1:</b>		<b>Relación</b>	<b>Teléfono del hogar</b>		<b>teléfono celular</b>
<b>Contacto de emergencia 2:</b>		<b>Relación</b>	<b>Teléfono del hogar</b>		<b>teléfono celular</b>
<b>Información del seguro:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Marque esta casilla si su hijo no tiene cobertura de seguro o deducibles/copagos de seguro					
<b>Nombre del Asegurado Principal:</b> Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) _____ - _____ - _____			<b>Nombre del Asegurado Secundario/Suplementario:</b> Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) _____ - _____ - _____		

NSS: ____ / ____ / ____			NSS: ____ / ____ / ____		
Compañía de Seguro:			Compañía de Seguro:		
Dirección de reclamaciones (Dirección de calle / P.O Box)			Dirección de reclamaciones (Dirección de calle / P.O Box)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono			Número de teléfono		
Número de póliza		Número de grupo	Número de póliza		Número de grupo
Fecha que entró en vigor:		Fecha de caducidad:	Fecha que entró en vigor:		Fecha de caducidad:
Nombre del responsable:		Empleador:	Nombre del responsable:		Empleador:
Cantidad del copago:		Relación con el paciente:	Cantidad del copago:		Relación con el paciente:
Persona Responsable del Pago: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián u Otro: _____					
<b>Método preferido de comunicación:</b>					
<input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Teléfono del Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de sitio Web					
Acepto recibir comunicaciones de texto de Kintegra, Y o N Número de teléfono preferido: _____					
¿Acepto recibir comunicaciones por correo electrónico de Kintegra? Y o N Dirección de correo electrónico: _____					
Para correo electrónico y / o comunicaciones de texto entiendo que si la información no se envía de una manera cifrada existe el riesgo de que se podría acceder de manera inapropiada					

**Permiso para comunicarse:**

Para que Kintegra Health pueda servirle mejor, usted tiene la opción de proporcionarnos una lista de cuidadores con los que podemos discutir citas, referencias, resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud que desee compartir. Las siguientes personas pueden solicitar y recibir información sobre el tratamiento de mi hijo con Kintegra.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje de voz Y o N

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje de voz Y o N

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje de voz Y o N

**Derechos del paciente:**

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada pero será efectiva en el futuro
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a la redistribución por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionado a firmarla.
- **Como** estudiante de Kintegra, entiendo que estoy automáticamente inscrito en el Intercambio de Información de Salud (HPI), pero en cualquier momento puedo negarme a participar(opt-out) completando un Formulario de exclusión proporcionado por mi proveedor.

- Entiendo que puedo solicitar información adicional sobre el HIE e inscribirme/Opt-out en cualquier momento.

Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente, Padre o Representante Personal**

\*Descripción de la autoridad del Representante Personal: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Tratamiento y Confidencialidad:**

**Consentimiento para la atención médica y la divulgación de información médica:** Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de la atención médica (es decir, atención médica y/o salud conductual) de:

(Nombre del Niño/a)

(Fecha de nacimiento del niño/a)

Por parte de los Proveedores Médicos y de Salud Conductual, y el personal de Kintegra Health. Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones y atención preventiva, incluyendo exámenes de evaluación, de laboratorio (incluyendo pruebas de VIH), inmunizaciones y referencias. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la administración de tratamiento de salud mental/conductual son una ciencia exacta. No se me han hecho garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes de mis proveedores de cuidado. Entiendo que Kintegra Health emplea un enfoque "basado en el equipo" para la prestación de atención médica y que la información de salud puede ser intercambiada entre los proveedores de Kintegra Health y los miembros del personal involucrados en mi cuidado para asegurar una planificación adecuada del tratamiento y una atención adecuada.

Este consentimiento es renovable anualmente. Me han ofrecido/recibido una copia de la Ley de Protección de la Información de Salud y Derechos de los Clientes de mi hijo (Aviso de Privacidad). Puedo retirar la autorización para servicios médicos o de salud conductual en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o del Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Servicios Confidenciales:** Entiendo que los Estatutos Generales de Carolina del Norte Sección 90 – 21.5 protege el derecho de un menor a recibir servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de drogas y trastornos emocionales sin el consentimiento de los padres. Entiendo que de acuerdo con los Estatutos Generales de la NC 90 – 21.4 los proveedores médicos no están obligados a notificarme sobre los servicios prestados en estas áreas a menos que la situación, en opinión del proveedor medial, indique que la notificación es esencial para la vida o la salud del menor. Entiendo que, si solicito información sobre estos servicios, el proveedor médico compartirá información conmigo solo si el proveedor considera que hacerlo está en el mejor interés de la salud y el bienestar de mi hijo/a. Además, entiendo que el Kintegra Health y todos sus afiliados harán todo lo posible para alentar a mi hijo a discutir problemas y servicios conmigo.

**Para los servicios no designados como confidenciales, entiendo que se me mantendrá informado de las visitas y tratamientos de SHC de mi hijo. Cuando se indique una referencia o servicios externos (incluidos los medicamentos recetados), se me informará, así como al PCP de mi hijo. En caso de que mi hijo requiera atención médica urgente y yo no pueda ser contactado, solicito que mi hijo sea atendido para estabilizar su condición. (a los niños mayores de 11 años se les puede permitir autorizar su propia atención urgente con el entendimiento de que será contactado tan pronto como sea posible. Los niños menores de 10 años pueden requerir que uno de sus padres u otro adulto, elegido por el padre, acompañe al niño a la visita. Los nombres de los adultos autorizados que pueden acompañar a mi hijo han sido compartidos con el centro de salud estudiantil.)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o del Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Garantizo el pago a Kintegra Health y sus afiliados por todos los cargos por los servicios prestados a mi hijo a menos que se exima específicamente en función del tamaño de la familia y los ingresos, de acuerdo con la política de facturación de Kintegra Health. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Autorizo el pago de beneficios médicos, quirúrgicos y conductuales, que de otro modo serían pagaderos a mí, a Kintegra Health por los servicios prestados. Si está cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos V, VIII y/o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o del Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INSCRIPCIÓN a MyChart Y VISITAS VIRTUALES**

Al inscribirse en servicios escolares, se le dará acceso a una cuenta de MyChart. Se puede acceder a esta cuenta por ordenador y/o dispositivo móvil (tableta/teléfono). MyChart le permitirá a su hijo/a la continuidad de los servicios en caso de cierre de una escuela y durante los meses de verano. El proveedor de su hijo emitirá una contraseña generada al azar para su cuenta. Esta contraseña se puede cambiar al iniciar su sesión en MyChart. Seleccione un nombre de usuario y enumere a continuación:

Nombre de usuario: \_\_\_\_\_

Por favor guarde una copia de este nombre de usuario en sus registros. Si su hijo es menor de 12 años, usted mantendrá la cuenta principal de su hijo/a. Si su hijo/a es mayor de 12 años (N.C. General. Estadísticas § 90-21.4) este/a mantendrá la cuenta primaria y usted recibirá privilegios indirectos a la cuenta.

Yo autorizo voluntariamente al consejero designado de salud mental para que realice una visita electrónica segura de telemedicina usando video y audio interactivo con mi estudiante durante el tiempo que las escuelas se encuentren cerradas.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre o del Representante Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**FOR OFFICE USE ONLY Solamente para el uso de la oficina.**

\_\_\_\_\_  
Date / Time

Patient refused to sign

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter services at no additional cost:

State native language: \_\_\_\_\_

LEP: Interpreter accepted \_\_\_\_\_  LEP: Interpreter Refused: \_\_\_\_\_

Name / Number of Person/Services Chosen/Used

**Consent to Treat- Revised Jan 2020**

## Datos de la política de facturación del Programa de Salud de Kintegra Health

Kintegra Health (KINTEGRA) trabaja en colaboración con Sistemas Escolares proporcionando atención de salud conductual a los estudiantes de las escuelas participantes

- ◆ A ningún estudiante inscrito se le negarán los servicios debido a la imposibilidad de pagar.
- ◆ Las tarifas se basan en los ingresos familiares y las pautas del plan de seguro.
- ◆ A Las familias sin seguro se les cobrará de acuerdo con la siguiente escala de tarifas móviles basada en el Nivel Federal de Pobreza (FPL)\*. Las familias deben proporcionar sus ingresos familiares totales y el número de personas que viven en el hogar basado en la Definición de Familia para Fines de KINTEGRA Billing\* en el Formulario de Registro de SHC. La firma proporcionada debajo de los ingresos y la información del hogar certifica que toda la información es verdadera y correcta según el conocimiento de la parte responsable.

<b>Fpl</b>	hasta el 300%	300 – 400%	más del 400%
<b>% de sueldo</b>	0%	50%	100%

- ◆ KINTEGRA facturará a Medicaid, NC Health Choice y planes de seguro privados. Las familias que necesitan ayuda con la responsabilidad financiera puede ser que califiquen para participar de la escala de tarifas móviles, planes de pago y/o planes de desembolso máximos.
- ◆ El personal de KINTEGRA hará todo lo posible para notificar a la familia de un estudiante antes de proporcionar un servicio que pueda resultar en un cargo a la familia y seguirá los requisitos del plan de seguro del estudiante siempre que sea posible.
- ◆ Los padres o estudiantes son responsables de copagos, deducibles y pago por servicios no cubiertos por el seguro.
- ◆ Las familias pueden solicitar una explicación o reconsideración de un problema de facturación poniéndose en contacto con el administrador de KINTEGRA Business Service.

\* Consulte al personal de KINTEGRA para obtener una lista actual del calendario del Nivel Federal de Pobreza, Definición de familia y para preocupaciones financieras

## Leyes de Carolina del Norte que hablan sobre el cuidado o atención de los menores

### 90-21.4. Responsabilidad, obligación e inmunidad de los médicos.

- (a) Cualquier médico con licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte que proporcione servicios de salud a un menor bajo los términos, condiciones y circunstancias de este artículo no será responsable en ninguna acción civil o penal por la prestación de dichos servicios sin haber obtenido el permiso del padre del menor, tutor legal, persona que está en loco parentis (en lugar de sus padres), o un custodio legal que no sea un padre cuando se le conceda una autoridad específica en una orden de custodia para dar su consentimiento para el tratamiento médico o psiquiátrico. El médico no será eximido sobre la base del artículo de la responsabilidad por negligencia en el diagnóstico y tratamiento de un menor.
- (b) El médico no notificará a un padre, tutor legal, persona que esté de pie en loco parentis (en lugar de sus padres), o a un custodio legal que no sea un padre cuando se le conceda una autoridad específica en una orden de custodia para dar su consentimiento al tratamiento médico o psiquiátrico, sin el permiso del menor, en relación con los servicios de salud médica establecidos en G.S. 90-21.5(a), a menos que la situación en opinión del médico asistente indique que la notificación es esencial para la vida o la salud del menor. Si un padre, tutor legal, persona que está en loco parentis, o un custodio legal que no sea un padre cuando se le concede una autoridad específica en una orden de custodia para dar su consentimiento a un tratamiento médico o psiquiátrico contacta al médico con respecto al tratamiento o servicios médicos que se proporcionan al menor, el médico puede dar información.

### 90-21.5. El consentimiento del menor es suficiente para ciertos servicios de salud médica.

- (a) Cualquier menor puede dar consentimiento efectivo a un médico con licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte para servicios de salud médica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de (i) enfermedades venéreas y otras enfermedades reportables bajo G.S. 130A-135, (ii) embarazo, (iii) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (iv) alteración emocional. Esta sección no autoriza la inducción de un aborto, la realización de una operación de esterilización o la admisión a una instalación de 24 horas con licencia bajo el Artículo 2 del Capítulo 122C de los Estatutos Generales, excepto según lo dispuesto en G.S. 122C-222. Esta sección no prohíbe la admisión de un menor a un centro de tratamiento sobre su propia solicitud por escrito en una situación de emergencia según lo autorizado por G.S. 122C-222. Cualquier menor que esté emancipado puede dar su consentimiento a cualquier tratamiento médico, dental y servicios de salud para él o para su hijo.

## Forma de Registraciòn para School-Based Health Center

Grado del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Nombre del Medio

Fecha de Nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Escuela Actual: \_\_\_\_\_

Raza/Etnia del Estudiante (marque una)									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanco Hispano	Blanco No-Hispano	Negro Hispano	Negro No-Hispano	Indio Americano / Nativo de Alaska Hispano	Indio Americano / Nativo de Alaska No-Hispano	Asiatico Hispano	Asiatico No-Hispano	Nativo de Hawái Hispano	Nativo de Hawái No-Hispano

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Nombre del Medio

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la case de los padres# \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

En caso de que su hijo/a se enferme durante el día escolar y requiera una visita con el personal de nuestro Centro de Salud, ¿cuál es el mejor número de teléfono donde lo pueden localizar? \_\_\_\_\_

Si usted no puede ser contactado, indique cualquier otro adulto que pueda acompañar a su hijo/a al Centra de Salud para una visita.

Nombre	Relación con el Estudiante	Números de Teléfonos

Método de comunicación preferido: Correo Postal  Teléfono  Correo electronico  Texto

¿Puede el personal del Centro de Salud Estudiantil dejarle un correo de voz?  Si  No

Compañía de Seguro de Salud Primaria (traiga su tarjeta de Seguro a cada visita.): \_\_\_\_\_


**POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÒN Y FIRME AL PIE DEL FORMULARIO.  
 TODA LA INFORMACIÒN PERMANECE CONFIDENCIAL.**

1. Ingreso estimado para la familia-cuenta el ingreso bruto regular de usted, padres, padrastros, guardián legal, y otros ingresos como pensión alimenticia, beneficios de jubilación y por discapacidad.	\$ _____ semanal
	\$ _____ mensual
	\$ _____ anual
2. Cantidad de personas en el Hogar — Incluyase usted, madre, padre, guardián(s) legal, padrastros, hermanos, hermanas, medio-hermanos, medio-hermanas, hermanastros, y hermanastras.	#Total de personas

Basado en el número de personas en su familia, y su ingreso familiar total, el Centro de Salud determinará si su hijo/a:

- recibe servicios sin cargos.
- recibe servicios que se le facturarán al 50% de las tarifas establecidas con planes de desembolso máximo.
- recibe servicios que se le facturarán al 100% de las tarifas establecidas con planes de desembolso máximo.

Usted será informado vía teléfono o correo postal, si se determina que las visitas de su hijo/a al Centro de Salud generan cargos por servicios.

**SIGN HERE**  Parent's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Firma del Padre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA el uso o Divulgación de LA INFORMACION PROTEGIDA:**

I,

Firma del Representante Legal del Estudiante

Relación con el Estudiante

**Autorizar:** *Kintegra Health*  
*409 South Oakland Street, Gastonia, NC, 28052*  
*704-874-9005*

**Para divulgar e intercambiar información:**

*Gaston County Public Schools*  
*943 Osceola St.*  
*Gastonia, NC 28054*  
*704-866-6100*

*Newton Conover City Schools*  
*605 North Ashg Ave.*  
*Newton, NC 28685*  
*828-464-3191*

*Catawba County Schools*  
*2285 N Anderson Ave.*  
*Newton, NC 28658*  
*828-464-8333*

*Hickory Public Schools*  
*432 4<sup>th</sup> Avenue SW*  
*Hickory, NC 28602*  
*828-322-2855*

*Davie County Schools*  
*220 Cherry St.*  
*Mocksville, NC 27028*  
*336-751-5921*

- Registros de Salud Mental (es decir, Asistencia a citas; diagnósticos; planes de tratamiento)*
- Obstáculos a la atención/Determinantes Sociales de la Salud (es decir, transporte, problemas de vivienda, etc.)*
- Notas de visita de salud conductual (comportamiento)*
- Registros escolares/académicos (es decir, registros de asistencia, calificaciones académicas, registros de exámenes psicoeducacionales; registros de educación especial, registros de disciplina)*
- Uso/tratamiento de sustancias*
- Otro: \_\_\_\_\_

**El propósito de esta divulgación es:** *proporcionar una prueba del nivel de participación en la atención y una comprensión de las barreras y preocupaciones de tratamiento con el fin de coordinar eficientemente la atención y los servicios.*

**Esta autorización será válida por los próximos 12 meses a partir de la fecha inicial de solicitud, a menos que se indique lo contrario a continuación.**

**DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA AUTORIZADA:**

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento completando un formulario de revocación y devolviendo a un miembro del personal de Kintegra Health.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a la redistribución por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y el tratamiento/académicos o el pago o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a esta firma.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir información relacionada con el tratamiento psiquiátrico o psicológico, el abuso de drogas y/o alcohol, o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o VIH).

Firma del Representante Autorizado del Estudiante

Fecha

**AUTORIZACION PARA El uso o divulgación de la información protegida:**

I, \_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal del Estudiante

Relación con el Estudiante

**Autorizar:** *Kintegra Health*  
*409 South Oakland Street, Gastonia, NC, 28052*  
*704-874-9005*

**Para divulgar a:**

Nombre y dirección

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

**Regarding:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Número de teléfono del estudiante

\_\_\_\_\_

Dirección del estudiante

Ciudad

Estado

Código postal

**La siguiente información protegida:**

- Registros de Salud Mental (es decir, Asistencia a citas; diagnósticos; planes de tratamiento)*
- Obstáculos a la atención/Determinantes Sociales de la Salud (es decir, transporte, problemas de vivienda, etc.)*
- Notas de visita de salud conductual (comportamiento)*
- Pruebas/Evaluación Psicológicas (excluyendo notas de psicoterapia)*
- Historial psiquiátrico/evaluación (excluyendo notas de psicoterapia)*
- Registros escolares/académicos (es decir, registros de asistencia, calificaciones académicas, registros de exámenes psicoeducacionales; registros de educación especial, registros de disciplina)*
- Uso/tratamiento de sustancias*
- Otro: \_\_\_\_\_

**El propósito de esta divulgación es:** *proporcionar una prueba del nivel de participación en la atención y una comprensión de las barreras y preocupaciones de tratamiento con el fin de coordinar eficientemente la atención y los servicios.*

**Esta autorización será válida por los próximos 12 meses a partir de la fecha inicial de solicitud, a menos que se indique lo contrario a continuación.**

\_\_\_\_\_

**DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA AUTORIZADA:**

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento completando un formulario de revocación y devolviendo a un miembro del personal de Kintegra Health.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a la redistribución por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento/académicos del estudiante o el pago o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a esta firma.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir información relacionada con el tratamiento psiquiátrico o psicológico, el abuso de drogas y/o alcohol, o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o VIH).

\_\_\_\_\_

Firma del Representante Autorizado del Estudiante

Fecha