

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

<b>Nombre legal del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre):</b> <b>Fecha de nacimiento:</b>			Nombre preferido: _____		
<b>Datos demográficos:</b>					
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Aborígen americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No informado / Se niega a informar la raza			<b>Sexo de nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido <b>Identidad de género:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino transgénero / Mujer transgénero / Hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculino transgénero / Hombre transgénero / Mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Género adicional/Otros Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Elige no responder		
<b>Número de teléfono del padre/tutor:</b> Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ <b>Número de teléfono del estudiante:</b> Celular: (____) _____ - _____			El estudiante vive con: (residencia física) <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Abuelo(s): _____ Tutor legal: _____ Persona que actúa en lugar del padre/madre: _____ _____ *nota <b>el estudiante mismo</b> si el estudiante vive de forma independiente		
Nombre del padre/madre o tutor(es):			Nombre del padre/madre o tutor(es):		
Fecha de nacimiento: _____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	SSN: _____-____-____	Fecha de nacimiento: _____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	SSN: _____-____-____
Dirección:			Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono residencial:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	Teléfono residencial:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico:	Nombre del empleador:		Dirección de correo electrónico:	Nombre del empleador:	
Contacto de emergencia 1:	Relación:		Teléfono residencial:	Teléfono celular:	
<b>¿Tiene un proveedor médico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Nombre del proveedor médico:</b> _____		
<b>¿Tiene un proveedor de atención dental?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Nombre del proveedor de atención dental:</b> _____		
<b>¿Existe un acuerdo de CUSTODIA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es así, indique el custodio principal: _____		

## Inscripción de estudiantes

<b>Información del seguro:</b> <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si su hijo no tiene cobertura de seguro o deducibles/copagos del seguro.					
<b>Nombre del asegurado primario:</b>			<b>Nombre del asegurado secundario/suplementario:</b>		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): SSN: ____ - ____ - ____ / ____ / ____			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): SSN: ____ - ____ - ____ / ____ / ____		
<b>Compañía de seguros:</b>			Compañía de seguros:		
Dirección de reclamaciones (dirección postal / apartado postal):			Dirección de reclamaciones (dirección postal / apartado postal):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:			Número de teléfono:		
<b>Número de póliza:</b>	Número de grupo:		Número de póliza:	Número de grupo:	
Fecha de entrada en vigor:			Fecha de entrada en vigor:		
Nombre del garante:	Relación con el paciente:		Nombre del garante:	Relación con el paciente:	
<b>Responsable del pago:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor u otro: _____					
<b>Método preferido de comunicación:</b> <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Mensaje web					
Acepto recibir comunicaciones por mensajes de texto de Kintegra Sí o No Número de teléfono preferido: _____					
¿Acepto recibir comunicaciones por correo electrónico de Kintegra? Sí o No Dirección de correo electrónico: _____					
Para las comunicaciones por correo electrónico y/o mensaje de texto, entiendo que si la información no se envía de manera encriptada, existe el riesgo de que se pueda acceder a ella de manera inapropiada.					

### Responsabilidad financiera y asignación de beneficios

**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 renuncie 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 los beneficios médicos, quirúrgicos y conductuales, que de otro modo me serían pagaderos a Kintegra Health por los servicios prestados. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos V, VVIII y/o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta.



**Firma del padre/madre:** \_\_\_\_\_

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

### Permiso para comunicarse

Para que Kintegra Health pueda brindarle un mejor servicio, tiene la opción de proporcionarnos una lista de cuidadores con los que podemos discutir citas, referencias y cualquier otra información de salud que desee compartir. Las siguientes personas pueden solicitar y recibir información sobre:  Citas  Financiera  Tratamiento  Derivaciones  Otra: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. Julio de 2022

## Inscripción de estudiantes

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

### Consentimiento para tratamiento y confidencialidad

**Consentimiento para la atención médica y divulgación de información médica:** Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de Salud conductual / Salud Mental para \_\_\_\_\_ de  
(Nombre del niño/a) (Fecha de nac. del niño/a)

Proveedores de salud conductual y personal de Kintegra Health. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni los tratamientos de salud mental/conductual son una ciencia exacta. No se me han dado garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que Kintegra Health emplea un enfoque "basado en el equipo" para la prestación de servicios de salud conductual/mental y que la información de salud puede intercambiarse entre los proveedores de Kintegra Health y los miembros del personal involucrados en mi atención para garantizar una planificación apropiada del tratamiento y una atención adecuada.

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

**FIRME AQUÍ** Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Servicios Confidenciales:** Entiendo que la Sección 90 – 21.5 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte 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 90 – 21.4 de NC los proveedores médicos no están obligados a notificarme sobre los servicios prestados en estas áreas a menos que la situación, en opinión del proveedor médico, 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 es lo mejor para la salud y el bienestar de mi hijo/a. Además, entiendo que Kintegra Health y todos sus afiliados harán todo lo posible para alentar a mi hijo a conversar sobre sus problemas y servicios conmigo.

Para los servicios no designados como confidenciales, entiendo que se me mantendrá informado/a de las visitas y tratamientos del centro de salud escolar de mi hijo.

**FIRME AQUÍ** Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Derechos del paciente

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud 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 a partir de entonces.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionado a firmarla.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. Julio de 2022

**FRME AQUÍ** Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Inscripción en MyChart y visitas virtuales**

Al inscribirse en los servicios escolares, tendrá acceso a una cuenta de MyChart. Se puede acceder a esta cuenta por computadora y/o dispositivo móvil (tableta/teléfono). MyChart le permitirá a su hijo/a mantener la continuidad de los servicios en caso de cierre de la escuela y durante los meses de verano. Si su hijo/a es menor de 12 años, usted mantendrá la cuenta principal para su hijo/a. Si su hijo/a es mayor de 12 años (N.C. Gen. Stat. § 90-21.4), su hijo mantendrá la cuenta principal y usted puede recibir privilegios de apoderado de la cuenta. Autorizo voluntariamente al proveedor de salud conductual designado a realizar una visita electrónica de telemedicina utilizando video y audio interactivos seguros con mi estudiante durante los períodos de cierre de la escuela.

**¿Qué es el Intercambio de Información de Salud (HIE)?**

El Intercambio Electrónico de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) permite a médicos, enfermeros, farmacéuticos, otros proveedores de atención médica y pacientes acceder adecuadamente y compartir electrónicamente de forma segura la información médica vital de un paciente para mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente y la experiencia del paciente.

- Como estudiante de Kintegra Health, entiendo que se me inscribe automáticamente en el Intercambio de Información de Salud (HIE), pero en cualquier momento puedo optar por no participar completando un Formulario de exclusión proporcionado por mi proveedor.
- Entiendo que puedo solicitar información adicional sobre el HIE e inscribirme/optar por no participar en cualquier momento.

**FRME AQUÍ** Firma del padre/madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Datos de la Política de facturación del Programa de Salud Escolar de Kintegra**

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

- ◆ A ningún estudiante inscrito se le negarán los servicios debido a la incapacidad 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 móvil basada en el Nivel Federal de Pobreza (FPL)\*. Las familias deben proporcionar su ingreso familiar total y el número de personas en el hogar en función de la Definición de Familia para Fines de Facturación de KINTEGRA\* en el Formulario de Registro. La firma debajo de la información de ingresos y hogar proporcionada certifica que toda la información es verdadera y correcta según el leal saber y entender de la parte responsable.
- ◆ KINTEGRA facturará a Medicaid, NC Health Choice y a los planes de seguro privado. Las familias que necesitan asistencia con la responsabilidad financiera puede calificar para la escala móvil, los planes de pago y/o los planes de desembolso directo máximo.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. Julio de 2022

## Inscripción de estudiantes

- ◆ 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 para la familia y seguirá los requisitos del plan de seguro del estudiante siempre que sea posible.
- ◆ Los padres o los estudiantes son responsables de los copagos, deducibles y del pago por servicios no cubiertos por el seguro.
- ◆ Las familias pueden solicitar una explicación o reconsideración de un problema de facturación comunicándose con el Navegador para Pacientes de Salud conductual de KINTEGRA.

\* Consulte al personal de KINTEGRA para obtener una lista actualizada del cronograma del Nivel Federal de Pobreza, la Definición de Familia y por cualquier inquietud financiera.

### Aplicación de escala móvil de centro de salud basado en la escuela

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nac. del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido      Primer nombre      Segundo nombre      (mm/dd/aaaa)

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_  
Apellido      Primer nombre      Segundo nombre

Kintegra Health se dedica a proporcionar atención médica de calidad, incluida la educación para la salud y los servicios de casos preventivos a todos los miembros de la comunidad, independientemente de los obstáculos financieros (capacidad de pago) a través de la publicación regular de la escala de tarifas móviles de la escuela. Kintegra Health revisará y reeditará anualmente su escala móvil para reflejar los cambios en las pautas federales de pobreza.

<b>FPL</b>	hasta 300%	300 – 400%	más del 400%
<b>% que</b>	0%	50%	100%

**PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME LA PARTE INFERIOR DEL FORMULARIO PARA SER CONSIDERADO PARA CUALQUIER ASISTENCIA EN EL PAGO DE SERVICIOS**  
**TODA LA INFORMACIÓN SEGUIRÁ SIENDO CONFIDENCIAL**

1. Ingresos estimados para la familia: cuente el ingreso bruto regular de usted, los padres, padrastros, tutores legales y otros ingresos, como la manutención de los hijos, la pensión alimenticia y los ingresos por beneficios de jubilación/discapacidad.	\$ _____ semanal
	\$ _____ mensual
	\$ _____ anual
2. Número de personas en el hogar: incluido usted, la madre, el padre, los tutores legales, los padrastros, los hermanos/as, los medios hermanos/as, los hermanastros y las hermanastras.	Número total de personas

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. Julio de 2022

## Inscripción de estudiantes

Con base en el número de miembros de la familia en su hogar y su ingreso familiar total, el centro de salud determinará si su hijo:

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

Se le informará por teléfono o correo, si se determina que las visitas al centro de salud de su hijo resultarán en cargos facturados.

### AUTORIZACIÓN PARA EL uso O divulgación de INFORMACIÓN PROTEGIDA:

Yo,    
Representante Legal del Estudiante Relación con el estudiante

**Autorizo a:** Kintegra Health 409 South Oakland Street, Gastonia, Carolina del Norte, 28052 704-874-9005

### A divulgar e intercambiar información entre:

#### Con respecto a:

/ /  
Nombre del estudiante Fecha de nacimiento del estudiante 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 para la atención/Determinantes sociales de la salud (es decir, transporte, inquietudes sobre vivienda, etc.)
- Notas de visita de salud conductual
- Registros escolares/académicos (es decir, registros de asistencia, calificaciones académicas, registros de exámenes psicoeducativos; registros de educación especial, registros de disciplina)
- Consumo de sustancias/tratamiento
- Otro: \_\_\_\_\_

**El propósito de esta divulgación es:** proporcionar pruebas del nivel de participación en la atención y una comprensión de los obstáculos y las inquietudes con respecto al tratamiento para coordinar de manera eficiente la atención y los servicios.

Esta autorización estará vigente durante 12 meses a partir de la fecha inicial de la solicitud, a menos que se indique lo contrario a continuación.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. Julio de 2022



## Inscripción de estudiantes

**El propósito de esta divulgación es:** proporcionar pruebas del nivel de participación en la atención y una comprensión de los obstáculos y las inquietudes con respecto al tratamiento para coordinar de manera eficiente la atención y los servicios.

Esta autorización estará vigente durante 12 meses a partir de la fecha inicial de la solicitud, a menos que se indique lo contrario a continuación.

---

### DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA AUTORIZADA:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento completando un formulario de revocación y devolviéndolo a un miembro del personal de Kintegra.
- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud 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 a partir de entonces.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento/cuestiones académicas del estudiante o el pago o la elegibilidad para obtener beneficios no estén condicionados a firmarla.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir información relacionada con el tratamiento psiquiátrico o psicológico, el abuso de drogas y/o abuso de alcohol, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o VIH).

---

Firma del representante autorizado del estudiante

Fecha

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. Julio de 2022