

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Consentimiento para la atención médica y la divulgación de información personal de salud:**

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de atención médica (es decir, dental, atención médica y / o salud conductual) para mi hijo de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todos sus afiliados. Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones y atención preventiva, incluidos exámenes de detección, análisis de laboratorio (incluidas las pruebas de VIH), vacunas y referencias. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la entrega de tratamiento de salud mental / conductual es una ciencia exacta. No se me han hecho garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que Kintegra emplea un enfoque "basado en el equipo" para la prestación de atención médica y que la información de salud puede intercambiarse entre los proveedores de Kintegra y los miembros del personal involucrados en mi atención para garantizar una planificación adecuada del tratamiento y una atención adecuada. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI) sobre mí para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Si está cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título V, XVIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Certifico que he leído y entiendo este formulario. Entiendo que estoy inscrito automáticamente en el Intercambio de Información de Salud, pero en cualquier momento puedo optar por no participar completando un formulario de exclusión proporcionado por mi proveedor. Entiendo que la Sección 90-21.5 de los Estatutos 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 de 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 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 es en el mejor interés de la salud y el bienestar de mi hijo hacerlo. Además, entiendo que Kintegra Health y todos sus afiliados harán todo lo posible para alentar a mi hijo a discutir problemas y servicios conmigo. Este consentimiento es renovable anualmente. Puedo retirar la autorización para los servicios en cualquier momento. Inicial \_\_\_\_\_

**Aviso de Reconocimiento de Práctica de Privacidad:**

Estamos obligados por ley a proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo usamos y divulgamos su información de salud. También estamos obligados a obtener su firma reconociendo que este aviso se ha puesto a su disposición de la siguiente manera: <http://www.kintegra.org>, escribiendo a la Oficina de Privacidad de Kintegra Health, 200 E. Second Ave, Gastonia, NC 28052, o solicitando uno en cualquier ubicación de Kintegra Health Provider. Inicial \_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios de Seguro:**

Garantizo el pago a Kintegra Health y sus afiliados por todos los cargos por los servicios que me brindan 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 beneficios médicos, quirúrgicos y de salud conductual, que de otro modo me serían pagaderos a mí, 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, VIII y / o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Inicial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Asegurado o Garante Financiero (si es diferente de lo anterior)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota al pie: Kintegra Health, con sede en Gastonia, Carolina del Norte, incluye Kintegra Medical, Dental, Integrated Medicine y Behavioral Health Practices en todo Carolina del Norte. Afiliado: Departamentos de salud locales: Catawba, Cleveland, Davie, Davidson, Forsyth, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklenburgo.

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN AUSENCIA DE PADRE (S)**

En caso de que los padre (s) o tutores de este niño no puedan acompañar al niño a la visita de oficina, no puede ser alcanzado, o en caso de emergencia, que los padre (s) o tutor legal de \_\_\_\_\_, autorizar a los médicos de Kintegra Health para administrar tal atención médica como indicado debido a enfermedad, (médico, del comportamiento o quirúrgica) y además el consentimiento dicho tratamiento, procedimientos, consultas médicas, consultas del comportamiento, consultas quirúrgicas y procedimientos quirúrgicos que se indican a llevarse a cabo.

Indique las personas que están autorizadas a llevar a mi hijo para recibir atención médica:

- |    |                                 |                      |
|----|---------------------------------|----------------------|
| 1) | _____                           | _____                |
|    | Nombre de la persona autorizada | Relación al paciente |
| 2) | _____                           | _____                |
|    | Nombre de la persona autorizada | Relación al paciente |
| 3) | _____                           | _____                |
|    | Nombre de la persona autorizada | Relación al paciente |

\_\_\_\_\_  
Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PATIENT INFORMATION**

Fecha de realización (mm/dd/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre legal del paciente (Apellido, Nombre)			Nombre Preferido:		Doctor Primario:	
<b>Demografías:</b>						
<b>Fecha de nacimiento:</b> (mm/dd/año) ____/____/____  <b>Número del social:</b> ____-____-____		<b>Sexo de Nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido  <b>Orientación sexual :</b> <input type="checkbox"/> Derecho o Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No está seguro <input type="checkbox"/> No desea contestar				
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Indio /Alaska Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado /Rehusado a reportar raza		<b>Identificación de género (Marque uno):</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénico Masculino/ Trans hombre/ Femenina a masculino <input type="checkbox"/> Transgénico Femenino/ Trans mujer/ Hombre-a-mujer (HAM) <input type="checkbox"/> Genero Queer (no exclusivamente hombre o mujer) <input type="checkbox"/> Genero adicional/ Otro. Por favor especifique : _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar				
<b>Ethnicity:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>Numero de teléfono:</b>  Casa: (____) _____-_____ Celular: (____) _____-_____		<b>El niño/a vive con:</b> <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Padre/Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre/Madre 2 <input type="checkbox"/> Abuelos/as : _____ Guardián legal: _____ Persona actuando en lugar del padre o madre: _____				
<b>Método preferido de comunicación:</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico/Texto						
<b>Padre 1 / Información del guardián:</b>  <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia			<b>Padre 2 / Información del guardián:</b>  <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia			
<b>Fecha de nacimiento</b> ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	<b># de social:</b> ____-____-____	<b>Fecha de nacimiento</b> ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	<b># de Social:</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 de casa</b>	<b>Teléfono del trabajo</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Teléfono de casa</b>	<b>Teléfono del trabajo</b>	<b>Teléfono celular</b>	
<b>Correo electrónico</b>		<b>Compañía de trabajo</b>	<b>Correo electrónico</b>		<b>Compañía de trabajo</b>	

**Información de contacto de emergencia adicional :**

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

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO:**

Primario:			Secundario/Supplemental:		
Nombre del Plan:			Nombre del Plan:		
Dirección de Reclamos (Dirección física / Correo de Caja)			Dirección de Reclamos (Dirección física / Correo de Caja)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de telephone			Numero de teléfono		
Numero de póliza	Numero de Group		Numéro de póliza	Numero de Grupo	
Nombre del suscriptor (Si es diferente al paciente - Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)			Nombre del suscriptor (Si es diferente al paciente - Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		
Fecha efectiva:	Fecha de expiración:		Fecha efectiva:	Fecha de expiración:	
Nombre del Garante:	Compañía:		Nombre del Garante:	Compañía:	
Monto del Co-pago:			Relación al paciente:		
Monto del Co-pago:			Relación al paciente:		
Tipo del plan: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Self Pay			Tipo del plan: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Self Pay		
Persona responsable de pagar el cobro: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián u Otro: _____					

**COMO ESCUCHO SOBRE NOSOTROS?**

Firma del paciente o persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha/Tiempo \_\_\_\_\_

Persona Asegurada o el Garantor Financiero: \_\_\_\_\_ Fecha/Tiempo \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA:**

_____	_____
Witness Signature	Date / Time
<input type="checkbox"/> Patient refused to sign <input type="checkbox"/> Patient was initially treated for an emergency. Patient was either: (Choose One) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Given the notice after stabilization <i>Or</i></li> <li>▪ Will be given the notice after transfer</li> </ul>	
If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:	
<input type="checkbox"/> LEP: Interpreter accepted _____ <input type="checkbox"/> LEP: Interpreter Refused:	
<input type="checkbox"/> Name / Number of Person/Services Chosen/Used _____	



# Permission to Communicate - Authorization for Release of Information

Name of Patient \_\_\_\_\_ Date of Birth (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ is authorized to release protected health information about the  
 Facility Name above named patient in the following manner and to identified  
 persons.

So that Kintegra Health may serve you better, you have the option of providing us with a list of caregivers with whom we may discuss your appointments, referrals, test, lab results and any other health information you desire us to share.

Describe how information will be received.	Describe the information to be released.
Check each person/entity that you approve to receive information.	Check each that can be given to person/entity on the left in the same section.
<input type="checkbox"/> Voice Mail <input type="checkbox"/> Mail	<input type="checkbox"/> Medical (Appointments, referrals, test and lab results and any other health information) <input type="checkbox"/> Financial <input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Other person(s): Name / Phone Number / Relationship _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Medical (Appointments, referrals, test and lab results and any other health information) <input type="checkbox"/> Financial <input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Email communication-Provide email address* _____ *For email communication to occur, please accept the disclosure below:	<input type="checkbox"/> Medical (Appointments, referrals, test and lab results and any other health information) <input type="checkbox"/> Financial <input type="checkbox"/> Breach notification
<input type="checkbox"/> Text communication – Provide number * _____ *For text communication to occur, accept the disclosure below:	<input type="checkbox"/> Appointment reminder <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> *For <b>email and/or text communication</b> I understand that if information is not sent in an encrypted manner there is a risk it could be accessed inappropriately. I still elect to receive email and/or text communication as selected.	
<input type="checkbox"/> Photo of patient received by patient or legal guardian <input type="checkbox"/> Photo taken by staff (Example: pre/post procedure) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> May be posted in office <input type="checkbox"/> May be posted on website <input type="checkbox"/> Other _____

**Patient Rights:**

- I have the right to revoke this authorization at any time.
- I may inspect or copy the protected health information to be disclosed as described in this document.
- Revocation is not effective in cases where the information has already been disclosed but will be effective going forward.
- Information used or disclosed as a result of this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.
- I have the right to refuse to sign this authorization and that my treatment will not be conditioned on signing.
- I understand I am automatically enrolled in the Health Information Exchanges, but at any time can opt-out by completing an Opt-Out form provided by my provider.

This authorization will remain in effect until revoked by the patient.

\_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative

\*Description of Personal Representative's Authority (attach necessary documentation)

\_\_\_\_\_

I am revoking my authorization to disclose the previously requested protected health information.

\_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative