

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.

PATIENT INFORMATION

Fecha de realización (mm/dd/año): ____/____/____

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

<i>Correo electrónico</i>	<i>Compañía de trabajo</i>	<i>Correo electrónico</i>	<i>Compañía de trabajo</i>
---------------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------------

Cuidando de Nuestra

<i>Información de contacto de emergencia adicional :</i>	
<i>Nombre:</i> _____	<i>Relación:</i> _____
<i>Numero de teléfono:</i> _____	

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

COMO ESCUCHO SOBRE NOSOTROS? _____
--



Permiso de comunicación – Autorización de liberación de información

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AÑO) _____

Nombre de la Clínica _____ está autorizada a divulgar información de salud protegida sobre el paciente arriba mencionado de la siguiente manera y a las personas aquí identificadas.

Para que Kintegra Health pueda servirle mejor, usted tiene la opción de proporcionarnos los nombres, números telefónicos y su relación con las personas con quienes podemos hablar de sus citas, referidos a especialistas, pruebas, resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud que usted desea que divulguemos.

A la izquierda describa como desea recibir la información e identifique las personas/entidades autorizadas a recibir esta información.

A la derecha describa la información que desea recibir y que puede publicarse a las personas /entidades autorizadas.

☐ Correo de Voz

☐ Correo Postal

☐ Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud)

☐ Financiera

☐ Otro _____

☐ Otras personas:

Nombre / Número de teléfono / Relación

☐ Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud)

☐ Financiera

☐ Otro _____

☐ Comunicación por correo electrónico – Proporcionar la dirección de correo electrónico*

☐ Médico (Citas, referidos, pruebas o resultados de laboratorio y cualquier otra información de salud)

☐ Financiera

☐ Notificación de violación

☐ *Para comunicación por correo electrónico por favor acepte la divulgación abajo:

☐ Comunicación por texto – Proporcionar el número de teléfono*

☐ Recordatorio de citas

☐ Otro: _____

* Para comunicación por texto por favor acepte la divulgación abajo:

☐ * Para el correo electrónico y/o la comunicación de texto entiendo que si la información no se envía de manera encriptada existe el riesgo de que se pueda acceder de manera inapropiada. Todavía elijo recibir correo electrónico y/o comunicación de texto como seleccionado.

☐ Foto del paciente recibida por parte del paciente o guardián legal

☐ Foto tomada por el personal (Ejemplo: pre/pos procedimiento)

☐ Otro

☐ Puede ser publicada en la oficina

☐ Puede ser publicada en la internet

☐ Otro _____

Derechos del Paciente:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se revelara como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido revelada pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una revelación por parte del receptor y puede que ya no este protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y mi tratamiento no estará condicionado a la firma de este.

Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que el paciente la revoque.

Firma del paciente o del representante

Fecha _____

*Descripción de la autoridad del representante personal (adjunte documentación necesaria)

☐ Estoy revocando mi autorización para revelar la información médica protegida previamente solicitada.

Firma del paciente o representante personal

Fecha _____

Revisado Oct 2014; Abril 2017; Enero 2020

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