

Escuela: _____

Grado: _____

Nombre legal del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre):		Fecha de nacimiento:		Nombre preferido:	
Datos demográficos del estudiante					
Raza del estudiante: <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Otra - Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No declarado/Se niega a indicar raza			El estudiante vive con: (residencia física) <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Abuelos: _____ Tutor legal: _____ Persona que actúa en lugar de sus padres: _____ _____ *escriba yo mismo (self) si el estudiante vive en forma independiente		
Número de teléfono del estudiante: Celular: (____) _____ - _____ Dirección de correo electrónico del estudiante: _____			Sexo del estudiante al nacer: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido Número de Seguro Social del estudiante: _____		
Información del(os) padre(s)/tutor(es) Nombre:			Información del(os) padre(s)/tutor(es) Nombre:		
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	SSN: ____-____-____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	SSN: ____-____-____
Dirección:			Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:		Teléfono de casa:	Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:		Nombre del empleador:	Dirección de correo electrónico:		Nombre del empleador:
Contacto de emergencia 1:		Parentesco:	Contacto de emergencia 1:		Parentesco:
¿Tiene un proveedor médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del proveedor médico:					
¿Tiene un proveedor odontológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del proveedor odontológico:					
¿Existe un acuerdo de CUSTODIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique quién es el custodio principal:					

Formulario de inscripción de estudiantes

Información del seguro: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si su hijo no tiene cobertura de seguro o deducibles/copagos de seguro.					
Nombre del asegurado primario:			Nombre del asegurado secundario/complementario:		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): SSN: ____-____-____ ____/____/____			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): SSN: ____-____-____ ____/____/____		
Compañía de seguros:			Compañía de seguros:		
Dirección de reclamos (dirección/apartado postal):			Dirección de reclamos (dirección/apartado postal):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:			Teléfono:		
Número de póliza:	Número de grupo:		Número de póliza:	Número de grupo:	
Fecha de inicio de vigencia:			Fecha de inicio de vigencia:		
Nombre del garante:	Parentesco con el paciente:		Nombre del garante:	Parentesco con el paciente:	
Responsable del pago: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor u otro: _____					
Método de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Tel. de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Mensaje vía web					
En el caso de las comunicaciones por correo electrónico y/o mensaje de texto, entiendo que si la información no se envía encriptada existe el riesgo de que se pueda acceder a ella de forma indebida.					

Permiso para comunicar:

Para que Kintegra Health pueda brindarle un mejor servicio, usted puede proporcionarnos una lista de los cuidadores con los que podemos hablar sobre citas, referencias y cualquier otra información médica que desee compartir. Las siguientes personas pueden solicitar y recibir información sobre: Citas Información financiera Tratamiento Referencias Otros: _____

Nombre: _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Se pueden dejar mensajes de voz S o N

Nombre: _____ Parentesco _____ Teléfono _____ Se pueden dejar mensajes de voz S o N

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. julio de 2023

Consentimiento para atención médica y divulgación de información médica personal:

Autorizo de forma voluntaria tratamientos de salud (es decir, dentales, médicos y/o de salud conductual) para mi hijo(a) por parte de los proveedores y personal de Kintegra Health, Inc. y todas sus filiales. Doy mi consentimiento para todo tratamiento necesario para enfermedades y lesiones, así como para recibir atención preventiva, incluidos exámenes de laboratorio (que incluyen pruebas de VIH), vacunas y referencias. Soy consciente de que ni la práctica médica ni la administración de tratamientos de salud mental/conductual constituyen una ciencia exacta. No se me han hecho garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes por parte de quienes proporcionan dicha atención. Entiendo que Kintegra utiliza un enfoque "basado en equipos" para la prestación de la atención médica y que puede haber intercambio de información médica entre los proveedores de Kintegra y los integrantes del personal que participa en mi atención para garantizar una planificación del tratamiento y una atención adecuadas. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI) sobre mí en relación con tratamientos, pagos y atención médica. En caso de tener cobertura de Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada al solicitar el pago conforme a lo dispuesto en los Títulos V, XVIII y/o XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Certifico que leí y entiendo este formulario. Entiendo que estoy inscrito(a) automáticamente en el Intercambio de información médica (Health Information Exchange), pero en cualquier momento puedo excluirme llenando 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 de edad 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 acerca de 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 salud del menor. Entiendo que, si solicito información sobre estos servicios, el proveedor médico compartirá información conmigo únicamente si el proveedor considera que hacerlo es lo mejor para la salud y el bienestar de mi hijo. Asimismo, entiendo que Kintegra Health y todas sus filiales harán todo lo posible para alentar a mi hijo a conversar sobre los problemas y los servicios conmigo. Este consentimiento está sujeto a renovación anual. Puedo retirar la autorización para los servicios en cualquier momento.** Inicial _____

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad:

Conforme a la ley, debemos proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo usamos y divulgamos su información médica. 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, a: Kintegra Health Privacy Office, 200 E. Second Ave, Gastonia, NC 28052, o solicitándolo en cualquier ubicación de los proveedores de Kintegra Health. Inicial _____

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios del seguro:

Garantizo el pago a Kintegra Health y sus filiales de todos los cargos por los servicios que me proporcionen, a menos que haya una exención específica en función del tamaño del grupo familiar y los ingresos, de acuerdo con la política de facturación de Kintegra Health. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por el seguro. Autorizo el pago de los beneficios médicos, quirúrgicos y de salud conductual, que de otro modo serían pagaderos a mí, a Kintegra Health por los servicios prestados. En caso de tener cobertura de Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago conforme a los Títulos V, VIII y/o XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Inicial _____

 Parent's Signature: _____ Date: _____

Asegurado o garante financiero (en caso de ser distinto) Fecha

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. julio de 2023

Inscripción en MyChart y consultas virtuales:

Al inscribirse en los servicios escolares, tendrá acceso a una cuenta de MyChart. Se puede acceder a esta cuenta por medio de una computadora y/o dispositivo móvil (tableta/teléfono). MyChart permite que sus hijos puedan dar continuidad a los servicios en caso de cierres escolares y durante los meses de verano. Si su hijo(a) es menor de 12 años, usted manejará la cuenta principal de su hijo(a). Si su hijo(a) es mayor de 12 años (Estatutos generales de NC § 90-21.4), su hijo manejará la cuenta principal y usted puede recibir privilegios de apoderado para la cuenta. Autorizo voluntariamente al proveedor de salud conductual designado a realizar con mi estudiante una consulta electrónica de telemedicina por medio de video y audio interactivos seguros durante los períodos de cierres escolares.

 **Parent's Signature:** _____ **Date:** _____

Información sobre la política de facturación del Programa de Salud Escolar Kintegra:

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

- ◆ A ningún estudiante inscrito se le negarán los servicios debido a falta de capacidad para pagar.
- ◆ Las tarifas se basan en los ingresos familiares y en los lineamientos del plan de seguro.
- ◆ A las familias que no cuenten con seguro se les cobrará de acuerdo con la siguiente escala móvil de tarifas basada en el Nivel Federal de Pobreza (FPL)*. Las familias deben indicar el ingreso familiar total y el número de personas que integran el grupo familiar, con base en la definición de familia para fines de cobro de KINTEGRA* señalada en el formulario de registro. La firma debajo de la información proporcionada sobre ingresos y tamaño del grupo familiar certifica que toda la información es verdadera y correcta a su mejor saber y entender.
- ◆ KINTEGRA hará el cobro correspondiente a Medicaid, NC Health Choice y a los planes de seguro privado. Las familias que requieran asistencia en relación con la responsabilidad financiera pueden calificar para la escala móvil, planes de pago y/o planes de límites de desembolso personal.
- ◆ El personal de KINTEGRA hará todo lo posible por notificar a la familia de un estudiante antes de proporcionar un servicio que pudiera ocasionar un cobro para la familia y cumplirá con los requisitos del plan de seguro del estudiante siempre que sea posible.
- ◆ Los padres o estudiantes son responsables de los copagos, deducibles y el pago de servicios no cubiertos por el seguro.
- ◆ Las familias pueden solicitar una explicación o reconsideración en caso de inconformidades con la facturación comunicándose con el asesor de salud conductual del paciente de KINTEGRA.

* Consulte al personal de KINTEGRA para obtener una lista actualizada del Programa Federal de Nivel de Pobreza, la definición de familia, y si tiene inquietudes financieras.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. julio de 2023

Formulario de inscripción de estudiantes

AUTORIZACIÓN PARA EL uso O divulgación de INFORMACIÓN PROTEGIDA:

Yo,

Representante legal del estudiante

Parentesco con el estudiante

Autorizo a: Kintegra Health 409 South Oakland Street, Gastonia, NC, 28052 704-874-9005

A divulgar e intercambiar información entre:

En relación con:

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Número de teléfono del estudiante

Dirección del estudiante

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

La siguiente información protegida:

- Expedientes de salud mental (p.ej., asistencia a consultas, diagnósticos, planes de tratamiento).
- Barreras para la atención/Factores sociales determinantes de salud (p.ej., transporte, preocupaciones de vivienda, etc.)
- Notas de consulta de salud conductual
- Expedientes escolares/académicos (p.ej., registros de asistencia, calificaciones, registros de pruebas psicoeducativas; registros de educación especial, expediente disciplinario)
- Consumo de sustancias/tratamiento
- Otra: _____

El propósito de divulgar esta información es: proporcionar evidencia de su nivel de participación en la atención y una comprensión de los obstáculos y las inquietudes relacionadas con el tratamiento a fin de coordinar de manera eficiente la atención y los servicios.

Esta autorización tiene una vigencia de 12 meses a partir de la fecha inicial de la solicitud, a menos que se especifique otra cosa a continuación.

DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN:

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento llenando un formulario de revocación y entregándoselo a un integrante del personal de Kintegra.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se va a divulgar como se describe en este documento.
- La revocación no será válida en los casos en que la información ya haya sido divulgada, pero tendrá vigencia en lo sucesivo.
- La información que se utilice o divulgue a raíz de esta autorización podría estar sujeta a divulgación adicional por parte del receptor y podría ya no estar protegida por las leyes federales o estatales.
- Tengo derecho a rehusar firmar esta autorización y a que el tratamiento/estudios del estudiante, o bien el pago o la elegibilidad para beneficios no estén condicionados a su firma.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir datos relacionados con tratamientos psiquiátricos o psicológicos, consumo de drogas y/o alcohol, o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA o VIH).

Firma del representante autorizado del estudiante

Fecha

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Rev. julio de 2023