

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.

FECHA DE FINALIZACIÓN (mm/dd/aaaa): _____

Nombre legal (Apellido, Nombre, MI):		Nombre preferido:	
Médico de cabecera:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Núm. de seguro social:
Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de la India <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> De otra parte de Asia <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado/Decido no divulgar		El niño vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Abuelo: _____ Tutor legal: _____ Persona que asume responsabilidad en lugar de los padres: _____	
Etnia: <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano/Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino/español <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Origen español/Combinado <input type="checkbox"/> No hispanos/latinos <input type="checkbox"/> No declarado/Decido no divulgar		Información del padre 1/tutor: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Núm. de seguro social: ____-____-____ Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Nombre del empleador: _____	
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido		Información sobre el padre 2/tutor: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Núm. de seguro social: ____-____-____ Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Nombre del empleador: _____	
Dirección residencial:		Ciudad	NC Código postal
Teléfono - casa:	Teléfono - celular:	Teléfono - trabajo:	Dirección de correo electrónico:
Método de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico/Texto			
Parte responsable:		Parentesco:	Núm. de seguro social:
Domicilio del responsable:		Ciudad	NC Código postal

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del asegurado principal: _____		Nombre del asegurado secundario: _____	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): Núm. de seguro social: ____/____/____ ____-____-____		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): Núm. de seguro social: ____/____/____ ____-____-____	
Seguro principal:	Empleador:	Seguro secundario:	Empleador:
Parentesco con el paciente:		Parentesco con el paciente:	
Número de identificación del seguro:	Número de grupo:	Número de identificación del seguro:	Número de grupo:
Dirección del seguro principal:	Ciudad	NC	Código postal
Dirección del seguro secundario:	Ciudad	NC	Código postal

Firma del padre/tutor legal: _____	Fecha/Hora _____
Nombre en letra de imprenta del padre/tutor legal: _____	
Parte asegurada o garante financiero (en caso de ser distinto): _____	Fecha/Hora _____

En Kintegra Health estamos comprometidos a brindar la atención de la más alta calidad a nuestros pacientes. Esperamos que nuestros pacientes se comporten de forma respetuosa con nuestro personal y otros pacientes. A fin de garantizar un ambiente seguro y cómodo para todos, le pedimos que cumpla con el siguiente código de conducta:

Respeto

Los pacientes deben respetar a los profesionales de la salud que los atienden, así como a otros pacientes en el centro. Esto incluye abstenerse de cualquier tipo de abuso verbal o físico, lenguaje discriminatorio o cualquier otro comportamiento que pueda ser ofensivo para los demás. Los pacientes también deben respetar la privacidad y confidencialidad de los demás pacientes, así como la suya propia.

Comunicación

Los pacientes deben comunicarse de forma abierta y honesta con sus proveedores de atención médica. Esto incluye proporcionar información precisa sobre sus antecedentes médicos, síntomas y cualquier medicamento o tratamiento que reciban actualmente. Los pacientes también deben hacer preguntas y buscar aclaraciones cuando sea necesario, para asegurarse de que tienen una comprensión clara de su diagnóstico, plan de tratamiento y cualquier otro problema médico.

Cumplimiento

Los pacientes deben seguir el plan de tratamiento prescrito por su proveedor de atención médica. Esto incluye tomar los medicamentos según las indicaciones, asistir a las citas programadas y seguir cualquier otra instrucción o recomendación proporcionada por el equipo de atención médica. Los pacientes también deben informar a su proveedor de atención médica sobre cualquier cambio en su salud o afección médica.

Seguridad

Los pacientes deben asumir la responsabilidad de su propia seguridad y bienestar. Esto incluye informar a su proveedor de atención médica sobre cualquier alergia o reacción adversa a los medicamentos, informar cualquier incidente o inquietud relacionada con la seguridad y seguir todas las pautas y protocolos de seguridad establecidos por el centro de atención médica.

Ambiente

Los pacientes deben respetar el centro de atención médica y sus recursos. Esto incluye mantener las instalaciones limpias, seguir todas las normas y regulaciones y utilizar los recursos de manera adecuada.

Nos reservamos el derecho de negar el servicio a cualquier paciente que no cumpla con este código de conducta. Agradecemos su cooperación para ayudarnos a mantener un ambiente seguro y respetuoso para todos.

Reconocimiento

He leído el Código de conducta de pacientes de Kintegra Health y comprendo y acepto cumplir con el mismo.

Escriba nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre, la madre o tutor (si corresponde)

Fecha

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de expedientes médicos _____

Consentimiento para la comunicación de Kintegra Health

Otorgo mi permiso a Kintegra Health para comunicarse conmigo a través de mi teléfono celular, de domicilio y del trabajo mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales, dispositivos de marcado automático u otra tecnología asistida por computadora, o por correo electrónico, mensajería de texto o cualquier otra forma de comunicación electrónica, de acuerdo con mis preferencias de comunicación. Se pueden aplicar tarifas de mensajería estándar. La información enviada por estos métodos puede incluir la información de la facturación y los pagos, las citas y la información médica.

Comprendo que en el caso de las comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto, si la información no se envía encriptada, existe el riesgo de que se pueda acceder a ella de forma indebida. Aun así elijo recibir mensajes de correo electrónico y mensajes de texto.

El presente formulario de divulgación se encuentra vigente hasta que yo lo cambie o revoque. Solo yo puedo cambiar los datos de la persona que se nombra en este formulario para que se comunique con Kintegra Health acerca de mi información médica. Al momento del cambio o la revocación, completaré un nuevo formulario. Los contactos de emergencia no se encuentran incluidos en este consentimiento.

Comprendo que la divulgación de las copias de mis registros médicos requiere un formulario de autorización específica firmado por mí o por mi representante legal. Estas comunicaciones pueden producirse cuando la persona identificada se une a mi visita o se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico u otro método electrónico.

Otorgo el permiso para que Kintegra Health se comunique con las siguientes personas acerca de:

- Mi información de facturación y pagos.
- Administración de citas, que incluye la programación, la cancelación y la reprogramación de citas.
- Información médica, que incluye los diagnósticos, los resultados y los planes de tratamiento.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono _____

- Rechazo cualquier comunicación con otras personas aparte de mí o de mi tutor legal.
- Elijo no recibir ninguna comunicación, a excepción de los recordatorios de citas.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o persona que se encuentra autorizada legalmente a firmar por el paciente)

Nombre en letra de imprenta: _____