

Nombre de la escuela: _____

Información del estudiante			
Nombre legal del estudiante (apellido, nombre, segundo nombre):		Fecha de nacimiento: ____/____/____	Nombre preferido:
Número de teléfono del estudiante:		Dirección de correo electrónico del estudiante:	
Método de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Mensaje vía web			
Número de Seguro Social del estudiante: ____-____-____	Otra: <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Veterano	Sexo asignado al nacer del estudiante: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido	
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Género fluido (ni exclusivamente masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> Género adicional/otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		Raza del estudiante: <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De otra parte de Asia <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado/prefiere no divulgar	
Origen étnico del estudiante: <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/prefiere no divulgar			
Dirección del estudiante:		Ciudad	Estado
		Código postal	
Nombre del contacto de emergencia:	Parentesco:	Número de teléfono del contacto de emergencia:	
¿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:			
Información del seguro estudiantil			
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si no tiene cobertura de seguro o deducibles/copagos de seguro.			
Nombre del asegurado primario	Fecha de nacimiento del asegurado primario ____/____/____	Número de seguro social del asegurado primario: ____-____-____	
Nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Dirección de la reclamación de la compañía de seguros:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono de la compañía de seguros:		Fecha de entrada en vigencia:	

Permiso de comunicación

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 Cuestiones financieras Tratamiento Referencias

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Buzón de voz: **sí o no**
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Buzón de voz: **sí o no**

Consentimiento para atención médica y divulgación de información médica personal

Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento de salud conductual por parte de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todas sus filiales. Otorgo mi consentimiento para todo tratamiento necesario contra 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. Comprendo 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, los miembros del personal y el personal escolar que participan en mi atención para garantizar una planificación del tratamiento y una atención adecuadas. Otorgo mi consentimiento para el uso y la divulgación de información médica protegida (PHI) sobre mí en relación con los tratamientos, los pagos y la 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. Este consentimiento está sujeto a renovación anual. Puedo retirar la autorización para los servicios en cualquier momento.

Iniciales

Aviso 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.

Iniciales

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.

Firma del estudiante

Fecha

Servicios de telesalud

Los servicios de telesalud tienen la finalidad de proporcionar atención en determinadas situaciones, como cuando se enferma en la escuela o durante los periodos en que esta cierra. Al firmar a continuación, reconoce que comprende los riesgos y beneficios de que reciba tratamiento mediante un servicio de salud escolar y da su consentimiento para que lo tratemos de forma virtual, es decir, mediante telesalud. Telesalud es el uso que hace un proveedor de atención médica de tecnologías electrónicas de la información y la comunicación (mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos) para prestarle servicios cuando está en la escuela (o fuera de ella) y el proveedor se encuentra en otro lugar. No todas las afecciones pueden tratarse mediante telesalud. Si el proveedor de su tratamiento considera que podría recibir mejor tratamiento en persona, se le notificará y se le derivará a un centro presencial para que reciba más atención. Si se determina que su afección es de emergencia, la escuela o el proveedor pueden enviarlo al hospital. Los encuentros de telesalud están sujetos a los requisitos de la norma de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) que se aplican a la información médica protegida (descritos en la sección de divulgación de información). Si nos envía mensajes de texto o correos electrónicos con información del paciente de forma no segura, entienda que alguien que no seamos nosotros puede ver dicha información. Existe el riesgo de que el tratamiento dispensado mediante telesalud se vea interrumpido por fallos técnicos.

Firma del estudiante

Fecha

Solicitud de la escala móvil en un centro de salud basado en un centro escolar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre (mm/dd/aaaa)

Todos los estudiantes pueden completar la solicitud de la escala móvil, independientemente del estado de su seguro. Esta solicitud sirve para ayudar a determinar si hay alguna tarifa con descuento por los servicios. **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 los estudiantes 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)*. Los estudiantes deben indicar el total de sus ingresos familiares y el número de personas que las componen según la definición de familia a efectos de la facturación de Kintegra. **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.** Los estudiantes son responsables de los copagos, deducibles y el pago de servicios no cubiertos por el seguro. Los estudiantes pueden solicitar una explicación o reconsideración de un problema de facturación. Para ello, deben comunicarse con el Departamento de Facturación de Kintegra al (704)730-7003.

FPL	De 0 a 100 %	De 101 a 150 %	De 151 a 200 %	Más de 201 %
Tarifa nominal	\$0	\$0	\$50	Cargo completo

* El máximo de desembolso para estudiantes es de \$100.00 por mes.*

POR FAVOR, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME LA PARTE INFERIOR DEL FORMULARIO PARA SER CONSIDERADO PARA ASISTENCIA EN EL PAGO DE LOS SERVICIOS
TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CONFIDENCIAL

1. Ingresos estimados de la familia: considere los ingresos brutos regulares de usted mismo, los padres, los padrastros, los tutores legales y otros ingresos, por ejemplo, manutención de los hijos, pensión alimenticia y los ingresos por concepto de prestaciones de jubilación/discapacidad.	\$ _____ a la semana
	\$ _____ al mes
	\$ _____ al año
2. Número de personas en el hogar: incluyendo usted, madre, padre, tutor(es), padrastros, hermanos(as), medios(as) hermanos(as), y hermanastros(as).	Número total de personas

Con base en el número de integrantes del grupo familiar y el total de ingresos familiares, el centro de salud determinará si usted puede:

- Recibir servicios en forma gratuita.
- Recibir servicios por los cuales se le cobrará el 50 % de las tarifas establecidas, con planes de límite de desembolsos personales.
- Recibir servicios por los cuales se le cobrará el 100 % de las tarifas establecidas, con planes de límite de desembolsos personales.

Se le informará por teléfono o por correo si se determina que sus visitas al centro de salud darán lugar a cargos que usted tendría que pagar.

Firma del estudiante

Fecha