|  |
| --- |
| **Información del paciente** |
| **Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre):**  | **Fecha de nacimiento:**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **Nombre preferido:** |
| **Número de teléfono del paciente:**  | **Correo electrónico del paciente:**  |
| **Método de comunicación preferido:**  🞏 Correo postal 🞏 Teléfono de casa 🞏 Teléfono celular 🞏 Correo electrónico 🞏 Mensaje de texto 🞏 Mensaje vía web |
| **Número de Seguro Social del paciente:****\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Otro:** 🞏 Veterano 🞏 Persona con discapacidad 🞏 Sin hogar 🞏 Trabajador migrante/estacional | **Sexo asignado al nacer**: 🞏 Mujer 🞏 Hombre 🞏 Otro 🞏 Indefinido |
| **Dirección del paciente** | **Ciudad** | **Código postal del estado** |
| **Origen étnico del paciente:**🞏 Mexicano/mexicano americano/chicano🞏 Puertorriqueño 🞏 Cubano🞏 Otro origen hispano/latino/español🞏 Hispano/Latino/Origen español/Combinado🞏 No hispanos/latinos🞏 No declarado/prefiere no divulgar | **Raza del paciente:**🞏 Indio americano/nativo de Alaska🞏 Indio asiático🞏 Negro/afroamericano🞏 Chino 🞏 Guameño o chamorro 🞏 Filipino 🞏 Japonés🞏 Coreano 🞏 Más de una raza🞏 No declarado/prefiere no divulgar | 🞏 Nativo de Hawái🞏 De otra parte de Asia 🞏 Nativo de otras islas del Pacífico🞏 Samoano 🞏Vietnamita🞏 Blanco |
|

|  |
| --- |
| **Nombre del padre/tutor:** |
| **Dirección:** |
| **Ciudad:**  | **Estado:** | **Código postal:** |
| **Teléfono - casa:** | **Teléfono - celular:** |
| **Dirección de correo electrónico:** |

 **Nombre del contacto de emergencia:****Teléfono del contacto de emergencia:****Parentesco:**  |
| **Información del seguro del paciente (médica o dental)** |
| 🞏 **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:** **Médico:** **Dental:**  | **Número de póliza:****Médico:** **Dental:**  | **Número de grupo:** **Médico:** **Dental:**  |
| **Dirección de la reclamación de la compañía de seguros: Ciudad: Estado: Código postal:** **Médico:** **Dental:**  |
| **Número de teléfono de la compañía de seguros:****Médico:** **Dental:**  | **Fecha de entrada en vigencia:** **Médico:** **Dental:**  |
| **Nombre del proveedor médico actual:** | **Nombre del proveedor odontológico actual:** |

|  |
| --- |
| **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, derivaciones y cualquier otra información médica que desee compartir. Las siguientes personas pueden solicitar y recibir información sobre:🞏 Citas 🞏 Cuestiones financieras 🞏 Tratamiento 🞏 Derivaciones

**Nombre: Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Buzón de voz: S o N**

**Nombre: Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Buzón de voz: S o N**

|  |
| --- |
| **Consentimiento para atención médica y divulgación de información médica personal** |

Otorgo mi consentimiento voluntario para que mi hijo reciba tratamiento  médico, dental o de optometría por parte de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todas sus afiliadas. (Aplicable solo a los servicios ofrecidos en su escuela). Otorgo mi consentimiento para todo tratamiento necesario contra enfermedades y lesiones, así como para recibir atención preventiva, incluidos estudios, exámenes de laboratorio (que incluyen pruebas de VIH), vacunas y derivaciones. 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 la atención de mi hijo 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 mi hijo 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 sobre mi hijo 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 mi hijo queda inscrito automáticamente en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange); sin embargo, puedo excluirlo en cualquier momento al completar un formulario de exclusión que me proporcionará 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. 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. **Iniciales\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente, del padre, de la madre o del tutor Fecha**

**Servicios de telesalud**

Los servicios de telesalud tienen la finalidad de proporcionar atención a su hijo en determinadas situaciones, como cuando se enferma en la escuela o durante los períodos en que esta cierra. Al firmar a continuación, reconoce que comprende los riesgos y beneficios de que su hijo 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 prestar servicios a su hijo 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 que atiende a su hijo considera que este podría recibir mejor tratamiento en persona, se le notificará y se lo derivará a un centro presencial para que reciba más atención. Si se determina que la afección de su hijo 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, entiende 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.

En el caso de los servicios de telesalud que se presten mediante MyChart, usted mantendrá la cuenta principal de su hijo si este es menor de 12 años. Si su hijo es mayor de 12 años (Estatutos Generales de Carolina del Norte § 90-21.4), este manejará la cuenta principal, y usted puede recibir privilegios de apoderado para la cuenta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre, de la madre o del tutor Fecha

