

Nombre legal del estudiante (apellido, nombre y segundo nombre):		Fecha de nacimiento:		Nombre preferido:				
Datos demográficos del estudiante								
Raza: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> De otra parte de Asia <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarado/prefiere no divulgar			<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Blanco			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 hispano/latino <input type="checkbox"/> No declarado/prefiere no divulgar		
El estudiante vive con: (residencia física) <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Abuelo(s): _____			Tutor legal: _____ Persona que actúa en lugar de sus padres: _____					
*anotar vive solo si el estudiante vive de forma independiente								
Número de teléfono del estudiante: _____ Dirección de correo electrónico del estudiante: _____		Sexo del estudiante al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No definido Número de seguro social del estudiante: _____						
Nombre del padre, de la madre o del tutor: _____			Nombre del suscriptor del seguro: _____					
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	SSN: ____-____-____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	SSN: ____-____-____			
Dirección: _____			Nombre de la compañía de seguros: Dirección: _____					
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____			
Teléfono - casa: _____	Teléfono - celular: _____		Teléfono: _____	Fecha de entrada en vigencia: _____				
Dirección de correo electrónico: _____	Nombre del empleador: _____		Número de póliza: _____		Número de grupo: _____			
Contacto de emergencia 1: _____	Parentesco: _____		Nombre del garante: _____		Parentesco con el paciente: _____			
¿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: _____								

Inscripción y consentimiento para la atención médica en la escuela

¿Existe un acuerdo de CUSTODIA? Yes No De ser así, indique quién es el custodio principal:

Marque esta casilla si su hijo no tiene cobertura de seguro ni deducibles o copagos de seguro.

Persona responsable del pago: Madre Padre Tutor u otro: _____

Método de comunicación preferido:

Correo postal Teléfono fijo Teléfono celular Correo electrónico Mensaje de texto Mensaje web

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 Derivaciones

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 que mi hijo reciba tratamiento médico por parte de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todas sus filiales. (Aplicable solo a los servicios ofrecidos en su escuela). Doy mi consentimiento para la realización de cualquier encuesta, evaluación o derivación necesaria en materia de salud conductual, según lo establecido por el Proyecto de Ley del Senado 49 de Carolina del Norte. 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 está inscrito automáticamente en el Intercambio de información médica (Health Information Exchange), pero en cualquier momento puedo excluirlo 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. **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. **Comprendo que soy personalmente responsable de todos los cargos que no cubra 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 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

