

Nombre de la escuela: _____

Nombre legal del estudiante (apellido, nombre y segundo nombre): Fecha de nacimiento:				Nombre preferido:	
Datos demográficos del estudiante					
Raza: ☐ Indio asiático ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ De otra parte de Asia ☐ Nativo de otras islas del Pacífico ☐ Guameño o chamorro ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Más de una raza ☐ No declarado/prefiere no divulgar			Etnia: ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Vietnamita ☐ Nativo de Hawái ☐ Samoano ☐ Blanco ☐ Mexicano/mexicano americano/chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro origen hispano/latino/español ☐ Hispano/Latino/Origen español/Combinado ☐ No hispano/latino ☐ No declarado/prefiere no divulgar		
El estudiante vive con: (residencia física) ☐ Ambos padres ☐ Padre o madre 1 ☐ Padre o madre 2 ☐ Abuelo(s): _____			Tutor legal: _____ Persona que actúa en lugar del padre o de la madre: *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: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ 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: ☐ Femenino ☐ Masculino	SSN: ____-____-____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	SSN: ____-____-____
Dirección: _____			Seguro: ☐ Sí ☐ No 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? ☐ Sí ☐ No Nombre del proveedor médico: _____					
¿Tiene un proveedor odontológico? ☐ Sí ☐ No Nombre del proveedor odontológico: _____					
¿Existe un acuerdo de CUSTODIA? ☐ Sí ☐ No De ser así, indique el nombre de la persona que tiene la custodia principal (campo obligatorio): _____					
Persona responsable del pago: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor u otro: _____					

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios del seguro

Garantizo el pago a Kintegra Health de todos los cargos por los servicios que me presten, salvo que se hayan eximido expresamente según el tamaño y los ingresos de mi familia, de conformidad 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 Medicare o 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 padre, de la madre o del tutor

Fecha

Permiso de comunicación

Método de comunicación preferido:

☐ Mensaje de texto ☐ Teléfono fijo ☐ Teléfono celular ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje a través del portal web ☐ Correo postal

Las siguientes personas pueden solicitar y recibir información sobre:

☐ Citas ☐ Aspectos financieros ☐ Tratamiento ☐ Derivaciones

Nombre: _____ **Parentesco:** _____ **Teléfono:** _____ **Buzón de voz:** S o N

Nombre: _____ **Parentesco:** _____ **Teléfono:** _____ **Buzón de voz:** S o N

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. Entiendo y acepto que el programa puede utilizar información sobre los servicios que recibe mi hijo, sin nombres ni otros datos que permitan identificarlo, para evaluar los resultados, mejorar los servicios e informar sobre el funcionamiento del programa. Esta información se utilizará únicamente para esos fines y no permitirá identificar a mi hijo. No se compartirá información que lo identifique sin una autorización por separado, salvo que la ley lo permita o lo exija. 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. **Iniciales** _____

Consentimiento para atención médica y divulgación de información médica personal

Doy mi consentimiento voluntario para que los proveedores de Kintegra Health, Inc. presten tratamiento de salud conductual a mi hijo. También doy mi consentimiento para que, como parte del tratamiento de mi hijo, se realicen las encuestas y evaluaciones de salud conductual necesarias y se hagan las derivaciones correspondientes. Entiendo que la prestación de tratamiento de salud mental o conductual no es una ciencia exacta. No se me han ofrecido garantías con respecto a los resultados del tratamiento. Entiendo que mi hijo está inscrito automáticamente en el Intercambio de información médica (Health Information Exchange), pero puedo cancelar su participación en cualquier momento completando el formulario correspondiente que proporciona el 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 hará todo lo posible por alentar a mi hijo a hablar conmigo sobre sus problemas y los servicios que recibe. Este consentimiento debe renovarse anualmente. 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 _____

Servicios de telesalud

El objetivo de los servicios de telesalud es brindar atención a su hijo en determinadas situaciones, durante los períodos de cierre de la escuela o cuando el paciente prefiera esta modalidad. Al firmar este formulario, usted confirma que comprende los beneficios y los riesgos de que su hijo reciba atención mediante telesalud. La telesalud consiste en el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para prestar servicios mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos cuando su hijo se encuentra en la escuela (o en otro lugar) y el proveedor está en una ubicación distinta. 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 su hijo presenta una emergencia médica, la escuela o el proveedor pueden enviarlo al hospital. Las consultas de telesalud están sujetas 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 brindado mediante telesalud se interrumpa debido a problemas 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

Inscripción y consentimiento para servicios de salud conductual en la escuela

Solicitud de escala móvil de tarifas para servicios escolares

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

Nombre del padre/de la madre/del tutor: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Todos los estudiantes pueden completar la solicitud de la escala móvil, independientemente de si tienen 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 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 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 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 de un problema de facturación. Para ello, deben comunicarse con el Departamento de Facturación de Kintegra al (704)730-7003.

FPL	Del 0 al	Del 101 al 133 %	Del 134 al 166 %	Del 167 al	El 201 % o más
Tarifa nominal	\$0	\$0.25	\$0.50	\$0.75	Cargo completo

* El límite máximo de gastos de bolsillo 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: incluido usted, madre, padre, tutor(es), padrastros, hermanos(as), medios hermanos y medias hermanas, 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 su hijo(a) puede:

- Recibir servicios en forma gratuita.
- Recibir servicios por los cuales se le cobrará el 50 % de las tarifas establecidas, con límites máximos de gastos de bolsillo.
- Recibir servicios por los cuales se le cobrará el 100 % de las tarifas establecidas, con límites máximos de gastos de bolsillo.

Se le informará por teléfono o por correo si se determina que las consultas de su hijo en el centro de salud darán lugar a cargos que usted tendría que pagar.

Firma del padre, de la madre o del tutor

Fecha