

Escuela: _____

Grado: _____

Nombre Legal Del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre):			Nombre o apodo de preferencia:		
Fecha de Nacimiento:					
Datos Demográficos					
Raza: <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indo-americana <input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otra - Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> No se ha reportado <input type="checkbox"/> Elijo no reportar raza		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> No se ha reportado <input type="checkbox"/> Desconocido		Genero al Nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido Genero por Identidad: <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero/ Mujer Trans / Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero / Hombre Trans / Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Genero Neutral (no se identifica exclusivamente masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> Genero Adicional/Otro Indicar aquí: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no contestar	
Teléfono de Padre/ Guardián: Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ Teléfono de estudiante: Celular: (____) _____ - _____		El menor vive con: (Residencia Física) <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Abuelos: _____ <input type="checkbox"/> Persona con Custodia Legal: _____ Personal Actuando en Reemplazo de los padres: _____ * Anotarse a sí mismo si el estudiante vive independientemente			
Nombre de Padre/Madre (o Guardián):			Nombre de Padre/Madre (o Guardián):		
Fecha de Nacimiento:	Genero:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Genero:	# de Seguro Social:
___/___/___	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	___-___-___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	___-___-___
Dirección:			Dirección:		
Ciudad :	Estado:	Código Postal :	Ciudad:	Estado:	Código Postal :
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono celular:	Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Teléfono celular:
Dirección de Email:	Nombre del Empleador:	Dirección de Email:	Nombre de Empleador:		
Contacto de emergencia 1:	Relación:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:		
Contacto de emergencia 2:	Relación:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:		
¿Tiene un proveedor médico?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Nombre del proveedor médico:		
¿Tiene un proveedor dental?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Nombre de proveedor dental:		
¿Qué servicios solicitas? Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> examen fisico <input type="checkbox"/> vacunas <input type="checkbox"/> fisico deportivo <input type="checkbox"/> salud mental <input type="checkbox"/> visita enferma/otro					

Información del Seguro: <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si su hijo no tiene cobertura de seguro o si no tiene deducibles/copagos por cobertura de seguro.					
Nombre del Titular de la Cobertura de Seguro:			Nombre del Titular del Seguro Suplementario/Secundario:		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____ SSN: ____-____-____			Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____ SSN: ____-____-____		
Compañía de Seguro:			Compañía de Seguro:		
Dirección de Reclamos (calle y número o P.O Box):			Dirección de Reclamos (calle y número o P.O Box):		
Ciudad :	Estado:	Código Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:			Número de Teléfono:		
Número de Póliza:	Número de Grupo:	Número de Póliza::	Número de Grupo:		
Fecha de Inicio:		Fecha de Inicio:			
Nombre del Titular de Póliza:	Relación con el Paciente:	Nombre del Titular de Póliza:	Relación con el Paciente:		
Persona Responsable por los Pagos:: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián o Otro: _____					
Forma de comunicación preferida: <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje por Web					
Yo estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto de Kintegra Si o No Número de Teléfono preferible: _____					
¿Yo estoy de acuerdo en recibir mensajes por E-mail de Kintegra? Si o No Dirección de E-Mail: _____					
Y o comprendo que las comunicaciones por medio de mensajes de texto o por E-mail no serán enviadas por encriptación codificada y que por ello existe el riesgo de que puedan ser accedidos indebidamente.					

Certificación de escala móvil de atención basada en la escuela:

Kintegra Health se dedica a proporcionar atención médica de calidad, incluida la educación para la salud y los servicios de atención preventiva a todos los miembros de la comunidad, independientemente de las barreras financieras (capacidad de pago) a través de la publicación regular de la escala móvil de tarifas escolares. Kintegra Health revisará y volverá a publicar anualmente su escala móvil para reflejar los cambios en las pautas federales de pobreza.

Nivel FPL	hasta 300%	300 – 400%	mas 400%
% a pagar	0%	50%	100%

Para Esta Considerado por ayudar con los pagos Favor De completar La Siguiete Información y Firmar Abajo. Toda La Información es Y Permanecerá Confidencial

Ingresos Estimados de la Familia — Sume los ingresos totales (antes de impuesto) que tiene usted, su padre, madre, padrastros, guardianes legales viviendo en casa, así como también cualquier otro ingreso adicional, tales como por manutención de hijos, por pensión conyugal, por ingresos de pagos de jubilación o de pagos por discapacidad..	\$ _____ Semanal \$ _____ Mensual \$ _____ Anual
Cantidad de Personas en el Hogar — el número debe incluirlo a usted más a los miembros de familia viviendo con usted como madre, padre, guardián(es) legales, padrastro, madrastra, hermanos, hermanas y hermanastros(as).	Cantidad total de Personas

En base a la cantidad de miembros de familia en su hogar, y a los ingresos totales de sus integrantes, el Centro de Salud determinará si el menor: (A) recibirá servicios sin cargo., (B) recibirá servicios a ser facturados al 50% de las tarifas vigentes, hasta un tope máximo a pagar de bolsillo, (C) recibirá servicios a ser facturados al 100% de las tarifas vigentes, hasta un tope máximo a pagar de bolsillo Se le informará por teléfono o por correo si es que se determina que las visitas de su menor al centro de salud vayan a generar alguna factura a pagar

Firma de Padre/Madre: _____	Fecha: _____
------------------------------------	---------------------

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento a Tratamiento Médico y Divulgación de Información Médico:

Doy mi consentimiento voluntariamente para recibir un tratamiento de atención médica integral que incluye servicios médicos, de nutrición y de salud conductual para mi hijo por parte de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todas sus afiliadas. Estos servicios pueden ser proporcionados en persona o virtualmente. 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 por parte de 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 tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Si está cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo los Títulos 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. **Yo comprendo que los Estatutos de Ley de Carolina del Norte, Sección 90 – 21.5 protegen y otorgan el derecho a los menores de edad a recibir servicios médicos relacionados a enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de droga, y trastornos emocionales sin necesidad de contar con el consentimiento de los padres. Yo comprendo que de acuerdo a la Sección 90 – 21.4 de los mismos Estatutos, no se requiere a los proveedores médicos notificarme a mí acerca de los servicios provistos para ese tipo de atención salvo que, en la opinión del proveedor médico, la situación sea de riesgo para la vida o la salud del menor. Yo comprendo qué si yo solicito información sobre esos servicios, el proveedor médico la compartirá conmigo únicamente si el proveedor lo considera mejor para el bienestar de mi hijo(a). Yo comprendo también que Kintegra, así como todos sus afiliados, siempre llevarán adelante todos los esfuerzos por alentar a mi hijo(a) a compartir y hablar conmigo acerca de los problemas y de los servicios recibidos. Iniciales _____**

Para aquellos servicios no designados como confidenciales, yo comprendo que se me mantendrá informado(a) de las citas médicas y tratamientos de mi hijo (a). Cuando sea indicado que el niño(a) vaya a una cita externa para su atención (incluido las recetas por medicamentos), se me informará a mí y al médico de cabecera de mi hijo(a). En el caso que mi hijo(a) requiera atención médica de emergencia, y que yo no pueda ser contactado(a), yo solicito que se le brinde a mi hijo(a) la atención que se requiera para estabilizar su condición. (Los niños(as) de 11 o más años de edad podrán autorizar su propia atención de urgencia con el entendimiento común que en estos casos se me contactará lo antes posible. Los niños(as) de 10 años o menos podrían requerir la presencia de un padre, u de otro adulto seleccionado por los padres, para que le acompañen al menor a la visita. Hemos compartido con el centro de salud estudiantil (SBHC) los nombres de los adultos autorizados para acompañar a mi hijo(a). Iniciales: _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICA PRIVADA:

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>, o escribiendo a: Kintegra Health Privacy Office, 200 E. Second Ave, Gastonia, NC 28052, o solicitando uno en cualquier ubicación de Kintegra Health Provider. Iniciales _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO:

Yo garantizo el pago a Kintegra Health y sus afiliados por todos los gastos o cargos por servicios obtenidos por mi hijo(a), salvo que esos gastos se encuentren expresamente excluidos en base a las condiciones económicas y de tamaño de mi grupo familiar según lo establecen las políticas sobre facturación y cobro de servicios de Kintegra Health. Yo comprendo que yo soy personalmente responsable por todos los costos/cargos no cubiertos por mi póliza de seguro médico. Yo autorizo a que los pagos del seguro se efectúen en favor de Kintegra aun cuando pudieran de otra manera ser abonados a mí. Si estoy cubierto(a) por Medicare o Medicaid, yo certifico que la información que he provisto al momento de aplicar para el pago bajo los Títulos V, XVIII y/o XIX de la Ley de Seguro Social es correcta. Iniciales _____

Firma del Paciente, Padre/ Madre o Representante Personal_____
Fecha_____
Parte asegurada o garante financiero (si es diferente de lo anterior)_____
Fecha

Divulgación de Información HACIA y DESDE la School Health Alliance del Condado de Forsyth

Yo, _____
Representante Legal

_____ Relación con el Estudiante

Autorizo a:

Winston/Salem/Forsyth County Schools
P.O. Box 2513
Winston-Salem, NC 27102-2513

A divulgar e intercambiar información con:

School Health Alliance for Forsyth County
2000 West 1st Street, Suite 505
Winston-Salem, NC 27104

Acerca del paciente:

_____/_____/_____
Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento Numero de Telefono

Direccion Ciudad Estado Codigo Postal

Identificación Escolar # (número de almuerzo): _____

Los siguientes tipos de información son protegidas:

- Registros de la escuela / educación (incluidos, entre otros, registros de asistencia, informes de calificaciones, registros de pruebas psicoeducativas, registros de educación especial, registros de disciplina, puntajes de exámenes de fin de grado (EOG) y fin de curso (EOC), registros del Equipo de Asistencia Estudiantil, inscripción, promoción / retención y rendimiento y comportamiento en el aula a lo largo del tiempo
- Registros de salud mental (es decir, asistencia a citas, diagnósticos, planes de tratamiento)
- Otro : _____

Acuerdo para la divulgación de información con fines de investigación:

- Autorizo a School Health Alliance a divulgar la participación de mi estudiante y / u otra información del programa recopilada, con el equipo del Proyecto de Intercambio de Datos con fines de investigación. Entiendo que esta información nunca se publicará de una manera que conduzca a la identificación de mi estudiante y se utilizará para mejorar los servicios de SHA con el tiempo.

Propósito de esta divulgación es: Esta información se utilizará con el fin de coordinar y proporcionar atención de salud / salud mental para los estudiantes, así como para brindar apoyo a los estudiantes.

Esta autorización estará en vigor durante 12 meses a partir de la fecha inicial de la solicitud, a menos que se indique lo contrario a continuación.

DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA AUTORIZADA:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento completando un formulario de revocación y devolviéndolo a un miembro del personal de Kintegra / SHA.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará como se describe en este documento.
- Revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido divulgada, pero será efectiva en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento / académicos del estudiante, el pago o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma.
- Entiendo que la información divulgada puede incluir información relacionada con el tratamiento psiquiátrico o psicológico, el abuso de drogas y / o el abuso de alcohol, o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o VIH).

Firma del representante autorizado del estudiante

Fecha