

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

<b>Nombre legal del estudiante (apellido, nombre y segundo nombre):</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	Nombre preferido:	
<b>Nombre de la escuela:</b>			Grado:	
<b>Datos demográficos del estudiante</b>				
<b>Race:</b> <input type="checkbox"/> Nativo de la India <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> De otra parte de Asia <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> No declarado/Decido no divulgar			<b>Etnia:</b> <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/Decido no divulgar	
<b>El estudiante vive con: (residencia física)</b>				
<input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> yo mismo <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Tuto Legal				
<b>Número de teléfono del estudiante:</b> _____		<b>Sexo del estudiante al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
<b>Dirección de correo electrónico del estudiante:</b> _____		<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No definido		
<b>Nombre del padre, de la madre, o del tutor:</b>		<b>Número de seguro social del estudiante:</b> _____		
<b>Nombre del padre, de la madre, o del tutor:</b>		<b>Nombre del suscriptor del seguro:</b>		
<b>Fecha de nacimiento</b> ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<b>SSN:</b> ____-____-____	<b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
<b>Dirección:</b>		<b>Nombre de la compañía de seguros:</b>		
<b>Dirección:</b>		<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>
<b>Teléfono - casa:</b>	<b>Teléfono - celular:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia:</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	<b>Nombre del empleador:</b>	<b>Numero de póliza:</b>	<b>Numero de grupo:</b>	
<b>Contact de emergencia:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Nombre del garante:</b>	<b>Parentesco con el paciente:</b>	
¿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: _____				

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al (336) 703-4273. También puede devolver la documentación completa por correo electrónico a [schoolhealthalliance@wakehealth.edu](mailto:schoolhealthalliance@wakehealth.edu) o en persona en Mineral Springs Student Health Center. 4555 Ogburn Ave Winston-Salem, Carolina del Norte 27105.

¿Qué servicios solicita? Marque todo lo que corresponda:

evaluación de salud    vacunas    físico deportivo    salud mental    visita enferma

¿Existe un acuerdo de CUSTODIA?    Sí    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.

Responsable del pago:    Madre    Padre    Tutor u otro: \_\_\_\_\_

Método de comunicación preferido:    Correo postal    Teléfono de casa    Teléfono celular    Correo electrónico  
 Mensaje de texto    Mensaje vía web

## Permiso de comunicación

Para que podamos servirle mejor, tiene la opción de proporcionarnos una lista de cuidadores con quienes podemos discutir citas, referencias y cualquier otra información de salud 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

## Consentimiento para atención médica y divulgación de información médica personal

Doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo reciba tratamiento médico integral, que incluye servicios médicos, nutricionales y de salud conductual, por parte de los proveedores y el personal de la Alianza de Salud Escolar (SHA) del Condado de Forsyth y Atrium Health/Facultad de Medicina de la Universidad de Wake Forest/Wake Forest Baptist Health. Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones, así como para la atención preventiva, incluyendo encuestas y evaluaciones de información protegida, según lo define el Proyecto de Ley 49 del Senado de Carolina del Norte, análisis de laboratorio (incluida la prueba del VIH), vacunas y derivaciones. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la prestación de tratamientos de salud mental/conductual son una ciencia exacta. No se me ha garantizado el resultado de los tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que SHA y sus afiliados emplean un enfoque de equipo para la prestación de atención médica y que se puede intercambiar información médica entre SHA y los proveedores afiliados, el personal y el personal escolar involucrado en el cuidado de mi hijo/a para garantizar una planificación del tratamiento y una atención adecuadas. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la Información Médica Protegida (PHI) sobre mi hijo/a para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Si tiene cobertura de Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada sobre mi hijo/a al solicitar el pago según los Títulos V, XVIII o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Certifico que he leído y comprendido este formulario. Entiendo que mi hijo/a está inscrito/a automáticamente en el Intercambio de Información Médica, pero en cualquier momento puede optar por no participar solicitando y completando un formulario de exclusión voluntaria proporcionado por 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 SHA 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.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, de la madre o del tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Aviso de prácticas de privacidad

La ley nos exige proporcionarle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica cómo usamos y divulgamos su información médica. También debemos obtener su firma, confirmando que este aviso se ha puesto a su disposición en nuestro sitio web <https://shaforsyth.com> y en nuestras clínicas. **Iniciales** \_\_\_\_\_

## Responsabilidad financiera y asignación de beneficios del seguro

Garantizo el pago a las filiales de SHA de todos los cargos por los servicios que me hayan prestado, a menos que se exima específicamente de ellos en función del tamaño de la familia y los ingresos, de acuerdo con nuestra Política de Facturación. **Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro.** Autorizo el pago de los beneficios médicos, quirúrgicos y de salud conductual, que de otro modo me corresponderían, a SHA y sus filiales por los servicios prestados. Si tengo cobertura de Medicare o Medicaid, certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago según los Títulos V, VIII o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. **Iniciales** \_\_\_\_\_

## 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. **Iniciales** \_\_\_\_\_

## Herramientas de detección

Entiendo que las encuestas de información protegida y las herramientas de evaluación, las evaluaciones de riesgos y los cuestionarios que pueden usarse con los estudiantes y sus familias están disponibles para su revisión en cualquier momento en nuestro sitio web en [shaforsyth.com](https://shaforsyth.com) en "Nuestras herramientas de evaluación". También entiendo que es mi responsabilidad revisarlos antes de la cita de mi hijo con su proveedor, y que me animan a hablar con el proveedor de mi hijo si tengo alguna pregunta sobre las encuestas de información protegida, las herramientas de detección, las evaluaciones de riesgos y cuestionarios antes de la cita de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, de la madre o del tutor**

\_\_\_\_\_  
**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)

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_  
 Apellido    Nombre    Segundo nombre

**Todos los estudiantes pueden completar la Solicitud de Escala Móvil, independientemente de su seguro médico.** Esta solicitud sirve para determinar si existe alguna tarifa con descuento para los servicios. **A ningún estudiante inscrito se le negarán servicios por incapacidad de pago.** Las tarifas se basan en los ingresos familiares y las directrices del plan de seguro. A las familias sin seguro se les cobrará según la siguiente escala móvil de tarifas, basada en el Nivel Federal de Pobreza (FPL)\*. Para fines de facturación, las familias deben proporcionar sus ingresos familiares totales y el número de personas que viven en el hogar, según la Definición de Familia. **La firma debajo de la información sobre ingresos y el hogar proporcionada certifica que toda la información es verdadera y correcta según el leal saber y entender de la parte responsable.** Los padres o estudiantes son responsables de los copagos, deducibles y el pago de los servicios no cubiertos por el seguro.

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

**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 su hijo(a) puede:

- Recibir servicios en forma gratuita.
- Recibir servicios que se le facturarán a usted por \$50, con planes de desembolso máximo
- Recibir servicios por los cuales se le cobrará el 100 % de las tarifas establecidas, con planes de límite de desembolsos personales.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, de la madre o del tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

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

Yo, \_\_\_\_\_

Representante Legal

\_\_\_\_\_

Relacion con el Estudiante

**Autorizo a:**

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

**A divulgar e intercambiar informacion con:**

School Health Alliance for Forsyth County  
2000 West 1<sup>st</sup> 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 (marque todo lo que corresponda):**

- 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 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: \_\_\_\_\_