



School Health Alliance
FOR FORSYTH COUNTY

Keeping students healthy, fit and ready to learn.

Inscripción y consentimiento para la atención médica en la escuela

Fecha de finalización: _____

Nombre legal del estudiante (apellido, nombre y segundo nombre):			Fecha de nacimiento:		Nombre preferido:
Nombre de la escuela:					Grado:
Datos demográficos del estudiante					
Race: <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Blanco		Etnia: <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Español		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Eligo no responder	
El estudiante vive con: (residencia física) <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					
Consentimiento para compartir atención médica: Conexión de cuidado (acceso para hospitales y/o especialistas) Historial de Medicamentos Yes: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Yes: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>					
Número de teléfono del estudiante: _____			Sexo del estudiante al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No definido		
Dirección de correo electrónico del estudiante: _____			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"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	SSN: ____-____-____	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	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:		Numero de póliza:	Numero de grupo:	
Contact de emergencia:	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:					

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 o en persona en Mineral Springs Student Health Center. 4555 Ogburn Ave Winston-Salem, Carolina del Norte 27105.



INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA ESCUELA

¿Qué servicios solicitas? Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> evaluación de salud <input type="checkbox"/> vacunas <input type="checkbox"/> físico deportivo <input type="checkbox"/> salud mental <input type="checkbox"/> visita enferma
¿Existe un acuerdo de CUSTODIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, indique quién es el custodio principal:
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si su hijo no tiene cobertura de seguro ni deducibles o copagos de seguro.
Responsable del pago: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor u otro: _____
Método de comunicación preferido: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Mensaje vía web

Permiso de comunicación

Para que CRCHC 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 ☐ 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 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 del personal de CRCHC, Inc. y de todas sus afiliadas (por ejemplo, School Health Alliance for Forsyth County y Atrium Health/Wake Forest Baptist Health). Doy mi consentimiento para todo el tratamiento necesario de enfermedades y lesiones, así como para la atención preventiva, incluidas encuestas y exámenes de información protegida según lo definido por el Proyecto de Ley 49 del Senado de Carolina del Norte, análisis de laboratorio (incluidas pruebas de VIH), vacunas y referencias. Soy consciente de que ni la práctica de la medicina ni la administración de tratamientos de salud mental/conductual son una ciencia exacta. No se me han ofrecido garantías con respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes realizados por mis cuidadores. Entiendo que CRCHC y sus afiliados emplean un enfoque "basado en equipo" para la prestación de atención médica y que se puede intercambiar información de salud entre CRCHC y los proveedores afiliados, los miembros del personal y el personal escolar involucrado en el cuidado de mi hijo para garantizar una planificación del tratamiento adecuada y una atención adecuada. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI) sobre mi hijo para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada sobre mi hijo 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 mi hijo queda automáticamente inscrito en el Intercambio de información de salud, pero en cualquier momento puedo optar por no participar solicitando y completando un formulario de exclusión 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 CRCHC 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

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.crchc.org>, o solicitándolo en cualquier ubicación de los proveedores de CRCHC. Iniciales _____

Responsabilidad financiera y asignación de beneficios del seguro

Garantizo el pago a CRCHC 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 CRCHC. **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 CRCHC 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 _____

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 Athena, 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.

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 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 la escala móvil, independientemente del estado de su 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 CRHC. **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 CRHC al (704) 792 2251

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

* El máximo de desembolso personal 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: 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 de 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.

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



INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA ESCUELA



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 teléfono

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Identificación Escolar # (número de almuerzo): _____

Los siguientes tipos de información son protegidos:

- 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: **Por favor, marque con un círculo Sí o No.**

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 CRHC/SHA.
- Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará, tal como se describe en este documento.
- La revocación no es efectiva cuando la información ya ha sido divulgada, pero sí lo será en el futuro.
- La información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a divulgación 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 el tratamiento académico 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