Kintegra Health

Inscripción y consentimiento para servicios de salud escolar, médicos, dentales y de optometría

Nombre de la escuela: _____

Información del paciente

Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre):	**Fecha de nacimiento:** _____/_____/_____	**Nombre preferido:**
Número de teléfono del paciente:	**Correo electrónico del paciente:**	

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

Número de Seguro Social del paciente: _____-_____-_____	**Otro:** ☐ Veterano ☐ Persona con discapacidad ☐ Sin hogar ☐ Trabajador migrante/estacional	**Sexo asignado al nacer:** ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro ☐ Indefinido
Dirección del paciente	**Ciudad**	**Código postal del estado**

Origen étnico del paciente:
☐ Mexicano/mexicano americano/chicano
☐ Puertorriqueño
☐ Cubano
☐ Otro origen hispano/latino/español
☐ Hispano/Latino/Origen español/Combinado
☐ No hispanos/latinos
☐ No declarado/prefiere no divulgar

Raza del paciente:
☐ Indio americano/nativo de Alaska
☐ Indio asiático
☐ Negro/afroamericano
☐ Chino
☐ Guameño o chamorro
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Más de una raza
☐ No declarado/prefiere no divulgar

☐ Nativo de Hawái
☐ De otra parte de Asia
☐ Nativo de otras islas del Pacífico
☐ Samoano
☐ Vietnamita
☐ Blanco

Nombre del padre/tutor:		
Dirección:		
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**
Teléfono - casa:	**Teléfono - celular:**	
Dirección de correo electrónico:	**Fecha de nacimiento:** _____/_____/_____	

Nombre del contacto de emergencia:
_____
Teléfono del contacto de emergencia:
_____
Parentesco: _____

Información del seguro del paciente (médica o dental)

☐ **Marque esta casilla si no tiene cobertura de seguro o deducibles/copagos de seguro.**

Nombre del asegurado primario	**Fecha de nacimiento del asegurado primario** _____/_____/_____	**Número de seguro social del asegurado primario:** _____-_____-_____
Nombre de la compañía de seguros: **Médico:** _____ **Dental:** _____	**Número de póliza:** **Médico:** _____ **Dental:** _____	**Número de grupo:** **Médico:** _____ **Dental:** _____

Dirección de la reclamación de la compañía de seguros: **Ciudad:** **Estado:** **Código postal:**
Médico: _____
Dental: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: **Médico:** _____ **Dental:** _____	**Fecha de entrada en vigencia:** **Médico:** _____ **Dental:** _____
Nombre del proveedor médico actual:	**Nombre del proveedor odontológico actual:**

Kintegra Health

Inscripción y consentimiento para recibir servicios de salud, atención médica, dental y de optometría en la escuela

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

Consentimiento para atención médica y divulgación de información médica personal

Otorgo mi consentimiento voluntario para que mi hijo reciba tratamiento ☐ médico ☐ dental o de ☐ optometría por parte de los proveedores y el personal de Kintegra Health, Inc. y todas sus afiliadas. (Aplicable solo a los servicios ofrecidos en su escuela). Otorgo mi consentimiento para todo tratamiento necesario contra enfermedades y lesiones, así como para recibir atención preventiva, incluidos estudios, exámenes de laboratorio (que incluyen pruebas de VIH), vacunas y derivaciones. 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 queda inscrito automáticamente en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange); sin embargo, puedo excluirlo en cualquier momento al completar un formulario de exclusión que me proporcionará 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. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por 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 paciente, 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

Consentimiento para la administración de medicamentos - *solo para escuelas que ofrecen servicios médicos*

Otorgo mi permiso a Kintegra Health para administrar los siguientes medicamentos a mi hijo según sea necesario. Coloque las iniciales al lado del medicamento indicado a continuación que corresponda:

Medicamentos (de venta libre)	Coloque las iniciales aquí	Medicamentos (de venta libre)	Coloque las iniciales aquí
Tylenol (acetaminofeno)		Benadryl o Zyrtec (alergias)	
Advil (ibuprofeno)		Neosporin (cortes o arañazos)	
Tums (carbonato de calcio)			

Inscripción y consentimiento para la atención médica en la escuela

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/madre o 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 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	De 0 a 100 %	De 101 a 133 %	De 134 a 166 %	De 167 a 200 %	Más de 201 %
Tarifa nominal	$0	$0.25	$0.50	$0.75	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 en forma gratuita.
- Recibir servicios por los cuales se le cobrará el 50 % de las tarifas establecidas, con planes de límite de desembolsos personales.
- 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**