

DATOS del Estudiante

COMPLETADO en la FECHA (mes/día/año): ____ / ____ / ____

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| Nombre Legal del Estudiante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) | | | Nombre o apodo de preferencia: | | |
| Datos Demográficos: | | | | | |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____ | | Género al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indefinido Género por Identidad: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero / Mujer Trans / Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero / Hombre Trans / Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Género Neutral (no se identifica exclusivamente masculino ni femenino) <input type="checkbox"/> Género Adicional / Otro Indicar aquí : _____ <input type="checkbox"/> Elijo no contestar | | | |
| | | El menor vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre/Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre/Madre 2 <input type="checkbox"/> Abuelo(a): _____ Persona con Custodia Legal (Tutor): _____ Persona Actuando en Reemplazo de los Padres: _____ | | | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Negra / Afro-Americana <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indo-Americana / Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No se ha reportado / Elijo no reportar raza | | | | | |
| Escuela: | | Grado: | | Maestro de Aula Central: | |
| Datos de Padre/Madre (o Guardián) 1: | | | Datos de Padre/Madre (o Guardián) 2 : | | |
| <input type="checkbox"/> Contactar en caso de emergencia | | | <input type="checkbox"/> Contactar en caso de emergencia | | |
| Fecha de Nacimiento ____/____/____ | Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | # de Seguro Social: ____-____-____ | Fecha de Nacimiento ____/____/____ | Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | # de Seguro Social: ____-____-____ |
| Dirección: | | | Dirección: | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Teléfono de casa | Teléf. en Trabajo | Teléfono Celular | Teléfono de casa | Teléf. en Trabajo | Teléfono Celular |
| Dirección de E-Mail | | Nombre del Empleador | | Dirección de E-Mail | |
| Teléfono de la casa | | Teléfono Celular | | Teléfono de la casa | |
| Contacto de emergencia 2: | | Relación | | Teléfono de la casa | |
| | | | | Teléfono Celular | |
| 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 | | | | | |

INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE

| | | | | | |
|--|--------|---------------------------|---|--------|---------------------------|
| Nombre del Titular de la Cobertura de Seguro: Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) SSN: __-__-__-__ ____/____/____ | | | Nombre del Titular del Seguro Suplementario/Secundario: 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 Terminación: | Fecha de Inicio: | | Fecha de Terminación: |
| Nombre del Titular de Póliza: | | Empleador: | Nombre del Titular de Póliza: | | Empleador: |
| Monto del Co-pago: | | Relación con el Paciente: | Monto del Co-pago: | | Relación con el Paciente: |
| Persona Responsable por los Pagos: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián/Otro: _____ | | | | | |
| Forma de comunicación preferida: <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> Teléf. de Casa <input type="checkbox"/> Teléf. Celular <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Texto p/teléf. <input type="checkbox"/> Mensaje por Web/MyChart | | | | | |
| Yo estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto de School Health Alliance/Kintegra: <i>SÍ</i> o <i>NO</i> Número de Teléfono Celular: _____ | | | | | |
| Yo estoy de acuerdo en recibir mensajes por E-mail de School Health Alliance/Kintegra: <i>SÍ</i> o <i>NO</i> Dirección de E-mail: _____ | | | | | |
| Yo 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. | | | | | |

Autorización para comunicarse:

De manera que School Health Alliance/Kintegra Health pueda atenderle mejor, le damos la opción aquí de listar a otras personas que le ayudan en el cuidado de su hijo(a) y que usted quisiera que también puedan compartir información de atención médica de su hijo(a), tales como fechas de citas médicas, resultados de laboratorio y demás datos de coordinación médica. Las siguientes personas podrán recibir y/o solicitar de Kintegra la información médica acerca de mi hijo(a).

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____ ¿Podemos dejarle mensaje de voz?
Marcar con un círculo: **SÍ** o **NO**

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____ ¿Podemos dejarle mensaje de voz?
Marcar con un círculo: **SÍ** o **NO**

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono _____ ¿Podemos dejarle mensaje de voz?
Marcar con un círculo: **SÍ** o **NO**

Firma del Paciente, Padre/Madre o Representante Personal

Fecha: _____

*Descripción del Título/Autoridad del Representante Personal: _____

Consentimiento a Tratamiento Médico y Divulgación de Información Médica: Yo autorizo voluntariamente el tratamiento Médico y/o de Salud de Comportamiento de _____

(Nombre del Menor)

(Fecha de Nacimiento)

de parte de nuestros proveedores de esos servicios y del equipo de profesionales del School Health Alliance (SHA) y Kintegra Health. Yo autorizo todo tratamiento necesario por enfermedades o lesiones, así como para atención preventiva por medio de evaluaciones, análisis de laboratorio (incluido pruebas VIH), vacunas y referidos. Yo comprendo que la atención y los tratamientos médicos, así como los relacionados a la salud mental, no son ciencias exactas. No se me han dado ningunas garantías en relación a los resultados de los tratamientos y evaluaciones de los proveedores. Yo comprendo que Kintegra Health usa un sistema de "trabajo en equipo" para brindar los servicios y que podrá ocurrir el intercambio de información de salud entre proveedores de SHA, o de Kintegra Health, y entre los profesionales de SHA que atienden a mi hijo(a), de manera de poder proporcionar el plan de tratamiento más adecuado.

Esta autorización se renueva anualmente. He recibido una copia de los documentos sobre Derechos del Cliente y sobre la Ley de Protección de Información sobre la Salud. En adelante yo podré retirar/revocar esta autorización para la atención médica y servicios médicos en cualquier momento.

Firma del Paciente, Padre/Madre o Representante Personal

Fecha

Los servicios son confidenciales: 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 que 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.

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) que se coordinen por el centro de salud escolar (School Based Health Center - SBHC). 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).

Firma del Paciente, Padre/Madre o Representante Personal

Fecha

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: Yo garantizo el pago a School Health Alliance (SHA)/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 SHA/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 School Health Alliance/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, VIII y/o XIX de la Ley de Seguro Social es correcta.

Firma del Paciente, Padre/Madre o Representante Personal

Fecha

Aclaración de Nombre (en letras)

Rev. July 2020

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

YO,

| | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Padre o Madre o Representante Legal | Relación con el Estudiante |
|-------------------------------------|----------------------------|

Autorizo a: *School Health Alliance for Forsyth County*
P.O. BOX 573167/Medical Center Blvd.
Winston-Salem, NC 27157-3167

A compartir datos con:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre y Dirección Médico Primario del Estudiante (si no tiene médico, escriba "ninguno") _____ _____ | <input type="checkbox"/> Nombre y Dirección _____ _____ |
|--|---|

Acerca del paciente:

| | | | |
|--|---------------------|-----------------------------------|---------------|
| | | | |
| Nombre del Estudiante | Fecha de Nacimiento | Número de Teléfono del Estudiante | |
| | | | |
| Dirección de número y calle del estudiante | Ciudad | Estado | Código Postal |

Los siguientes datos médicos protegidos:

- Registros asociados a la salud mental (Ej., de asistencia a las citas; diagnósticos; planes de tratamiento)*
- Situaciones sociales que pudieran afectar la atención médica (Ej., temas de Transporte, Vivienda, etc.)*
- Notas sobre visitas/servicios de atención relacionadas a conducta/comportamiento*
- Registro de Vacunaciones*
- Fecha/Nota de su más reciente Revisación Médica Preventiva o de Bienestar*
- Pruebas psicológicas/evaluación (excepto las notas de las psicoterapias)*
- Historial Psiquiátrico/evaluación (excepto las notas de las psicoterapias)*
- Abuso de sustancias/tratamiento*
- Otro: _____

El propósito de esta divulgación es: *Esta información será utilizada para poder coordinar y brindar la atención médica y/o de salud mental del estudiante, así como para brindarle mayor atención y apoyo.*

Esta autorización permanecerá vigente por 12 meses a partir de la fecha de su firma (salvo se indique lo contrario a continuación).

DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA AUTORIZADA:

- Yo tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando un formulario de revocación al staff de Kintegra.
- Yo podré revisar y consultar las copias con información médica protegida a ser divulgada de la manera que se indica en este documento.
- La revocación no es efectiva para aquellos datos médicos que ya hayan sido divulgados, pero sí es efectiva a partir de la fecha de revocación.
- La información usada o divulgada como resultado de esta autorización podría estar sujeta a la re-divulgación por parte de alguno de los receptores autorizados y por ello dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales pertinentes.
- Yo tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y ejercer ese derecho no afectará el tipo de tratamiento, o plan escolar, como tampoco la elegibilidad para asistencia con pagos o la elegibilidad a cualquier beneficio.
- Yo comprendo que la información divulgada podría incluir datos sobre tratamiento psiquiátrico o psicológico, abuso de sustancias o de alcohol, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o VIH).

| | |
|---|-------|
| | |
| Firma del Estudiante o del Representante Autorizado | 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 School
P.O. Box 2513 Winston-Salem, NC 27102-2513

A divulgar e intercambiar información con:

- School Health Alliance for Forsyth County
P.O. Box 573167/Medical Center
Blvd. Winston-Salem, NC 27157-3167

Acerca del paciente:

| | | | |
|--|---------------------|-----------------------------------|---------------|
| | | | |
| Nombre del Estudiante | Fecha de Nacimiento | Número de Teléfono del Estudiante | |
| | | | |
| Dirección de número y calle del estudiante | Ciudad | Estado | Código Postal |

Los siguientes tipos de información protegida:

- Registros Académicos/Escolares (Ej., los registros de: asistencia escolar, notas y scores obtenidos por cursos y por grados completados (calificaciones EOG y EOC), resultados de pruebas psico-educacionales, cursos de educación especializada, registros de acciones disciplinarias, registros asociados al Equipo de Asistencia al Estudiante y demás resultados de pruebas y evaluaciones académicas.)*
- Historial médico asociado a la salud mental (Ej., de asistencia a las citas; diagnósticos; planes de tratamiento)*
- Otro(s): _____

El propósito de esta divulgación es: *Esta información será utilizada para poder coordinar y brindar la atención médica y/o de salud mental del estudiante, así como para brindarle mayor atención y apoyo.*

Esta autorización permanecerá vigente por 12 meses a partir de la fecha de su firma (salvo se indique lo contrario a continuación).

DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA AUTORIZADA:

- Yo tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando un formulario de revocación al staff de Kintegra.
- Yo podré revisar y consultar las copias con información médica protegida a ser divulgada de la manera que se indica en este documento.
- La revocación no es efectiva para aquellos datos médicos que ya hayan sido divulgados, pero sí es efectiva a partir de la fecha de revocación.
- La información usada o divulgada como resultado de esta autorización podría estar sujeta a la re-divulgación por parte de alguno de los receptores autorizados y por ello dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales pertinentes.
- Yo tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y ejercer ese derecho no afectará el tipo de tratamiento, o plan escolar, o elegibilidad para asistencia con pagos o la elegibilidad a cualquier beneficio.
- Yo comprendo que la información divulgada podría incluir datos sobre tratamiento psiquiátrico o psicológico, abuso de sustancias o de alcohol, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o VIH)

| | |
|---|-------|
| | |
| Firma del Estudiante o del Representante Autorizado | Fecha |

Políticas de Cobro/Facturación del Programa de Centros de Salud Escolares

La Alianza Escolar de Salud (SHA -siglas en inglés) del Condado de Forsyth organización de apoyo asociada a nuestro distrito escolar WS/FCS, que opera consultorios clínicos y programas integrales de salud con instalaciones en algunas de las escuelas que conforman nuestro distrito escolar. Los servicios proporcionados incluyen servicios médicos, de nutrición, de salud del comportamiento y psiquiatría.

- No se le negarán servicios a ningún estudiante inscrito por motivo de inhabilidad para pagar.
- Las tarifas se basan en nivel de ingresos familiares y lineamientos provistos por los planes de seguro médico.
- Las familias sin seguro médico pagarán tarifa reducida de acuerdo con la siguiente escala descendente de costos basada en la Escala Federal de Nivel de Pobreza (FPL)*. Las familias deberán declarar la cantidad de personas que conforman su hogar y cuáles los ingresos conjuntos de todos los integrantes de la familia de acuerdo con la Definición de 'Familia' para Propósitos de Facturación de Kintegra*, indicado en el Formulario de Inscripción de SHC. Su firma abajo de los datos de composición familiar e ingresos completos del hogar es para certificar que toda la información es correcta y verdadera a su leal saber y entender .

| Nivel FPL | hasta 300% | 300 a 400% | más de 400% |
|-----------|------------|------------|-------------|
| % a pagar | 0% | 50% | 100% |

- SHA/KINTEGRA le facturará a Medicaid, a NC Health Choice y a los planes de seguro médico privados. Las familias que necesiten asistencia financiera podrían calificar a tarifas reducidas, planes de pago y/o tope máximo de gasto bolsillo.
- El staff de SHA hará todos los esfuerzos posibles para avisar a la familia del estudiante antes de proveer un servicio que pudiera resultar en un costo para la familia y cumplirá, en todo lo posible, con los requerimientos de las coberturas de seguro.
- Los padres o estudiantes serán responsables de abonar los copagos, los deducibles y los servicios que el seguro no cubra.
- Las familias podrán solicitar una explicación o reconsideración por temas de facturación contactándose con SHA o la oficina de Servicios Administrativos de Kintegra.

* En el centro SHA/Kintegra podrá obtener más información y pedir copia de la Escala Federal de Nivel de Pobreza y de la Definición de 'Familia'.

Leyes de Carolina del Norte Acerca del Cuidado de Menores

§ 90-21.4. Responsabilidad e inmunidad de los médicos.

- (a) Cualquier médico con licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte que proporciona servicios de salud a un menor bajo los términos, condiciones y circunstancias de este artículo no será responsable en ninguna acción civil o penal por la prestación de dichos servicios sin antes haber obtenido el permiso del padre del menor, tutor legal, persona en representación legal o custodia legal que le conceda una autoridad de padre para autorizar tratamiento médico o psiquiátrico. El médico no será eximido sobre la base del artículo de la responsabilidad por negligencia en el diagnóstico y tratamiento de un menor.
- (b) El médico no notificará a un padre/madre del menor, tutor legal, persona en representación legal o custodia legal que concede autoridad de padre para dar su consentimiento para el tratamiento médico o psiquiátrico sin el permiso del menor, respecto a servicios médicos indicados en la ley estatal G.S. 90-21.5(a) salvo que, en opinión del médico a cargo, él considere que realizar la notificación es esencial para la vida o la integridad de la salud del menor. Si un padre/madre, tutor legal, persona en representación legal o custodia legal que le concede una autoridad de padre para dar su consentimiento para el tratamiento médico o psiquiátrico se comunica con el médico a cargo respecto al tratamiento o a los servicios médicos que se le estén brindando al menor, el médico puede proveer información de salud.

§ 90-21.5. Consentimiento del Menor es suficiente para ciertos servicios de atención médica.

- (a) Cualquier cualquier menor puede dar su consentimiento efectivo a un médico con licencia para ejercer la medicina en Carolina del Norte para recibir servicios de salud médica asociados a la prevención, el diagnóstico y tratamiento de: (i) enfermedades venéreas y otras enfermedades indicadas en la ley estatal G.S. 130A-135, (ii) embarazo, (iii) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (iv) trastornos emocionales. Esta sección no autoriza la inducción de un aborto, ni la realización de una operación de esterilización, ni la admisión a una clínica de 24 horas con licencia de acuerdo al Artículo 2 del Capítulo 122C de los Estatutos Generales, excepto en lo estipulado en la ley G.S. 122C-222. Esta sección no prohíbe la admisión de un menor a un centro de tratamiento bajo su propia voluntad, expresada por escrito, en situaciones de emergencia como lo autoriza la ley G.S. 122C-222. Cualquier menor emancipado puede dar su consentimiento a cualquier tratamiento médico, dental o de servicios de salud para sí mismo o para su propio hijo(a).

Mi firma aquí es para indicar que yo he leído y comprendo la Política de SHA acerca de Costos y Facturación y las Leyes de Carolina del Norte acerca del Cuidado de Menores arriba indicadas.

Firma: _____ Fecha: _____

Aclaración de Firma (en letras): _____

Formulario de Inscripción

Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Género: Masc. Femen. Escuela a la que asiste: _____

Nombre de Padre/Madre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección/Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Código Postal _____

Teléfono de los Padres _____ Teléf. de trabajo _____ Teléf. Celular _____

En el caso que su hijo enferme durante el horario escolar y que esto requiera una visita a nuestro Centro de Salud, ¿Cuál es el mejor número de teléfono para llamarle? _____

En caso que usted no pudiera estar presente, liste por favor aquí a los adultos a quienes autoriza para acompañar a su menor ya sea en persona para visitas al centro de salud o para autorizar vistas virtuales desde casa por Internet.

| Nombre | Relación con el Estudiante | Teléfonos(s) |
|--------|----------------------------|--------------|
| | | |
| | | |

Forma de comunicación preferida: Correo Postal Teléfono E-mail _____ Texto

¿Puede el staff del Centro de Salud Estudiantil dejarle mensaje por voicemail? Sí No

Compañía de Seguro Médico Principal del Estudiante (Favor traer la tarjeta de seguro a cada cita): _____

**FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRMAR ABAJO
 TODA LA INFORMACIÓN ES Y PERMANECERÁ CONFIDENCIAL.**

| | |
|---|-----------------------------------|
| 1. 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 |
| 2. 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:

- recibirá servicios sin cargo.
- recibirá servicios a ser facturados al 50% de las tarifas vigentes, hasta un tope máximo a pagar de bolsillo
- 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 o Madre)

Fecha:

SIGN HERE

Parent's Signature: _____

Date: _____

Autorizaciones para Intercambio de Información por MyChart, Visitas Virtuales, y Uso de Dispositivos

¿Qué es MyChart?

MyChart brinda a los pacientes una manera segura y personalizada de acceder a partes de sus archivos médicos via Internet. Le permite a usted revisar, administrar y recibir información y datos sobre su salud por medio de un sitio Web. También podrá acceder a un resumen del registro de salud de la plataforma MyChart, ver resultados de estudios médicos que usted que se haya hecho y enviar mensajes de manera segura y confidencial a cualquiera de sus proveedores médicos. MyChart cuenta con una plataforma para acceder directamente a servicios de apoyo y de salud, por medio de video llamadas protegidas, usando el sistema Zoom para sus citas virtuales de telemedicina o telesalud.

El proveedor de salud generará un *password* aleatorio asociado a su cuenta. Una vez que usted ingrese al sitio MyChart por primera vez podrá, cuando quiera, cambiar ese *password* por otro. Por favor elija y escriba abajo un nombre de usuario (*username*):

Username: _____

Por favor anote el *username* y téngalo a mano para usar después. Si su hijo(a) es menor de 12 años, será usted quien administrará la cuenta primaria por él/ella. Si su hijo(a) es mayor de 12 años (Ley N.C. Gen. Stat. § 90-21.4), será su hijo(a) quien administrará la cuenta primaria y usted podrá tener privilegios de representante para acceder a la cuenta.

¿Qué es el Intercambio Electrónico de Información de Salud (HIE)?

EL *Electronic Health Information Exchange* (HIE) permite tanto a los pacientes como a los doctores, enfermeras(os), farmacéuticos y otros proveedores médicos, a acceder segura y apropiadamente a los datos para compartir información médica vital de manera electrónica por la Web para ayudar a mejorar la calidad y seguridad de la atención médica que recibe el paciente.

- **Como estudiante en la School Health Alliance** yo comprendo que se me inscribirá automáticamente en *Health Information Exchange* (HIE), pero que en cualquier momento puedo optar por revocar la inscripción completando el correspondiente Formulario de Revocación (Opt-Out Form) que puedo obtener del proveedor.
- Yo entiendo que puedo solicitar información adicional sobre HIE y reinscribirme o revocar la inscripción cuando quiera.

Firma del Paciente, Padre/Madre o Representante Personal

Fecha: _____

* Descripción del Título/Autoridad del Representante Personal: _____

¿Qué son las visitas virtuales o de telemedicina/telesalud?

Las 3 palabras en la práctica significan lo mismo. Telemedicina/telesalud/visita virtual se refieren todos a brindar servicios de salud y apoyo clínico por medio de tecnologías de comunicación y el Internet usando dispositivos como la computadora y el teléfono celular. Este tipo de visitas permiten lograr el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o lesiones con el objetivo de mejorar el estado de salud y bienestar. La telemedicina, telesalud o visita virtual es un método que se ha venido usando desde varias décadas para brindar atención de salud y que en la actualidad de la pandemia resulta especialmente útil.

Permiso al Estudiante para Uso de Dispositivos

Yo, _____ (nombre de padre o madre), autorizo a la *School Health Alliance* del Condado de Forsyth County (SHA) a contactar a mi hijo(a) menor, _____ (nombre del menor), por medio de cualquiera de los dispositivos que son del estudiante (incluido el teléfono celular, Chromebook/tablet/iPad, o computadora de mesa o laptop) para poder programar o brindar atención médica y/o servicios psiquiátricos o de consejería de apoyo psicológico a mi hijo.

Firma: _____ Fecha: _____

Aclaración de Firma (en letras): _____



Cuestionario para Padres / Tutores Legales

CONFIDENCIAL

Todas sus repuestas se mantendrán en privado. Los datos obtenidos no serán compartidos salvo que tengamos su autorización escrita y firmada para hacerlo. Por favor enviar este cuestionario completado en el sobre adjunto que ya tiene estampilla/timbre.

Fecha _____ Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento (del estudiante) _____

Datos/Historial Médico del Estudiante

Grado Escolar actual: _____

| | |
|--|------------------|
| Alergias a medicaciones: <input type="checkbox"/> Ninguna | Reacción: |
|--|------------------|

| | |
|---|------------------|
| Otras alergias: <input type="checkbox"/> Ninguna | Reacción: |
|---|------------------|

| | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|
| Medicamentos Diarios: <input type="checkbox"/> Ninguna | Para el tratamiento de: | Dosis/Frecuencia: |
|---|--------------------------------|--------------------------|

| | |
|---|----------------------------------|
| Nombre de la Farmacia que usted usa: | Ubicación de la farmacia: |
|---|----------------------------------|

Condiciones Médicas Crónicas de su hijo(a) (Marque la cantidad de casilleros que apliquen/correspondan)

Diabetes Deficit de Atención/Hiperactivo (ADD/ADHD).. Asma Problemas Cardíacos....
 Insuficiencia Renal..... Enfermedad Mental/Depresión Migrañas..... Otro.....
 Convulsiones Anemia de Células Falciformes (Sickle Cell) Anemia _____

¿Ha habido cambios en la salud de su hijo(a) en el transcurso del último año? Sí No Si la respuesta es sí, describa _____

¿Ha tenido su hijo(a) una **revisación física completa** de un médico en los últimos doce meses? Sí No
 Si respondió que sí, indique la Fecha _____ Nombre del Médico o Clínica _____

¿Ha tenido su hijo(a) que acudir a la sala de emergencias en los últimos doce meses? Sí No Si la respuesta es sí, describa _____

¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado por una noche o más por algún problema médico o problema mental? Sí No Si la respuesta es sí, indique a qué edad fue hospitalizado(a) y el motivo _____

Fecha de la última examinación dental: _____ Nombre de Dentista o Clínica Dental _____

¿Ha tenido alguna vez su hijo(a) una lesión deportiva de importancia? Sí No Si respondió que sí, indique a qué edad y tipo de lesión _____

Datos sobre su hogar

Por favor indique cuáles personas viven en su hogar y sus edades. Ejemplo: Padre (40), Madrastra (40), Hermanas (6 y 8), Tío (50), etc.

¿Se guarda un arma de fuego en su hogar? Sí No

¿Viven en el hogar personas que fuman (cigarro/cigarrillos)? Sí No

Antecedentes Médicos Familiares

¿Hay algún familiar directo del estudiante que en la actualidad tenga algún problema de salud?

| Miembro/Relación de Familia | Edad | Tipo de Problema o preocupación de salud |
|-----------------------------|-------|--|
| • Madre | _____ | _____ |
| • Padre | _____ | _____ |
| • Hermanos(as) | _____ | _____ |
| • Otro(s) | _____ | _____ |

Inquietudes/preocupaciones de los padres/guardianes

Marque con un tilde (✓) los casilleros que indican temas que para usted son motivo de preocupación acerca de su hijo(a).

Salud mental Los amigos que escoge tener Desempeño escolar.....
 Peso corporal/comidas Problemas para dormir Fumar tabaco
 Mala relación con miembro del hogar ... Comportamientos sexuales Uso de drogas