



<b>Información del Estudiante</b>			<b>NÚMERO DE CUENTA:</b>			Fecha: _____			
Nombre Legal del estudiantes (apellido, primero, medio)			Nombre preferido		Raza:		Origen étnico:		
Número de seguro social			Fecha de nacimiento		Sexo: Masculino Femenino		Número de teléfono de casa		
El niño vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelos(s) <input type="checkbox"/> Tutor(es): _____									
Nombre de Escuela actual:									
Método Preferido de Notificación: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de la web									
Nombre Madre / tutor legal:					Nombre Padre / tutor:				
Fecha de nacimiento		Sexo	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		Fecha de nacimiento		Sexo	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
Dirección					Dirección				
Ciudad			Estado	Código postal	Ciudad			Estado / Código postal	
Teléfono de casa		Teléfono celular			Teléfono de casa		Teléfono celular		
Teléfono del trabajo		Dirección de correo electrónico:			Teléfono del trabajo		Dirección de correo electrónico:		
Nombre del empleador					Nombre del empleador				
PRIMARIO			INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO			SECUNDARIO/SUPLEMENTARIO			
Nombre del Plan					Nombre del Plan				
Dirección de reclamos (dirección de la calle/caja de correo.)					Dirección de reclamos (dirección de la calle/caja de correo.)				
Ciudad			Estado	Código postal	Ciudad			Estado / Código postal	
Número de teléfono					Número de teléfono				
Número de póliza del paciente			Número de grupo		Número de póliza del paciente			Número de grupo	
Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente): (apellido, nombre, inicial)					Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente): (apellido, nombre, inicial)				
Sexo del suscriptor: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Política del suscriptor #:			Sexo del suscriptor: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Política del suscriptor #:		

Primario		Secundario	
Nombre del empleador del responsable		Nombre del empleador del responsable	
Fecha de vigencia	Fecha de vencimiento	Fecha de vigencia	Fecha de vencimiento
Cantidad de copago \$	Relación con el niño	Cantidad de copago \$	Relación con el niño
Tipo de plan: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Escala móvil		Tipo de plan: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> Escala móvil	
Persona responsable del pago de la cuenta: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor u otros _____			
<input type="checkbox"/> Si su niño no tiene seguro puede que usted sea elegible para el descuento basado en la escala móvil, información adicional puede ser necesaria para completar.			
<b>CONTACTO de emergencia: (Que no sea padre o madre)</b>			
Nombre (apellido, primero, medio)			Relación
Número de teléfono de casa	Número de teléfono de trabajo	Número de teléfono celular	

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

**A Ningún estudiante inscrito se le negarán los servicios debido a la imposibilidad de pagar**

Garantizo el pago a GFHS y sus afiliados por todos los gastos por servicios prestados al paciente. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Autorizo el pago a GFHS Inc por los servicios prestados de beneficios de comportamiento, que de lo contrario tendrían que ser pagados a mí. Si fueron cubiertos por Medicare o Medicaid, certifico que la información proporcionada por mí en la aplicación de pago bajo los títulos V, XVIII y XIX de la ley de Seguridad Social es correcta.

### CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Voluntariamente doy mi consentimiento a tratamiento profesional de la salud del comportamiento por los proveedores de salud del comportamiento y demás personal de GFHS. Soy consciente de que los tratamientos o servicios de salud del comportamiento son una ciencia exacta. Ninguna garantía se me ha hecho con respecto a los resultados de servicios terapéuticos y las intervenciones de asesoramiento por mis proveedores. Entiendo que GFHS emplea un enfoque de "equipo" para la prestación de asistencia sanitaria y que la información de salud puede intercambiarse entre los proveedores de GFHS y miembros del personal implicados en mi cuidado para asegurar un tratamiento adecuado planificación y adecuada atención. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mí información protegida de salud para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Certifico que he leído y entendido este formulario.

**SERVICIOS CONFIDENCIALES:** entiendo que los Estatutos Generales sección 90 – 21.5 de Carolina del norte protegen el derecho del menor a recibir servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de drogas y trastornos emocionales sin consentimiento de los padres. Entiendo que según los Estatutos Generales NC 90 – 21.4 los proveedores médicos no están obligados a Notificarme sobre servicios prestados en estas áreas a menos que la situación, en opinión del médico, indique que la notificación es esencial para la vida o salud del menor. Entiendo que en caso de solicitar información sobre estos servicios, el proveedor médico compartirá información conmigo sólo si el considera que está en el mejor interés de la salud y el bienestar de mi hijo. Entiendo que GFHS y todos sus afiliados harán todo lo posible para animar a mi hijo a discutir los problemas y servicios conmigo.

Para servicios no señalados como confidenciales, entiendo que seré informado de las visitas a SHC y tratamientos de mi hijo. Cuando se indique una referencia exterior o servicios (incluyendo medicamentos), seré informado así como el PCP de mi hijo/a. En caso de que mi hijo/a requiera atención médica urgente y no se puedan comunicar conmigo, solicito que mi hijo sea atendido para estabilizar su condición. (Los niños de 11 años de edad y mayores podrán autorizar su atención urgente con el entendimiento de que se me contactará tan pronto como sea posible. Niños de 10 años de edad y menores pueden requerir que un padre u otro adulto elegido por el padre, acompañe al niño a la visita. Los nombres de los adultos autorizados a acompañar a mi hijo han sido compartidos con el centro de salud del estudiante.)

**90-21.5. Consentimiento del menor de edad que es suficiente para ciertos servicios de salud médica.**

- (a) Cualquier menor puede dar consentimiento eficaz a un médico con licencia para practicar la medicina en Carolina del norte para los servicios de salud preventiva, diagnóstico y tratamiento de (i) las enfermedades venéreas y otras enfermedades reportables bajo G.S. 130A-135, (ii) embarazo, (iii) abuso de sustancias controladas o alcohol y Trastorno emocional (iv). Esta sección no autoriza a la inducción de un aborto, el rendimiento de una operación para la esterilización, o la admisión a un establecimiento de 24 horas con licencia bajo el artículo 2 del capítulo 122 de los estatutos Generales excepto en G.S. 122 C-222. Esta sección no prohíbe la admisión de un menor a un centro de tratamiento a su propia solicitud por escrito en una situación de emergencia como autorizado por G.S. 122C-222.
- (b) Cualquier menor emancipado puede consentir a cualquier servicio de salud, dental y tratamiento médico para sí mismo o para su hijo.

Firma del representante autorizado del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Uso de oficina  
solamente:**

\_\_\_\_\_  
**Witness Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date / Time**

General Comment Section

If limited English proficient or hearing impaired, offer interpreter at no additional cost:

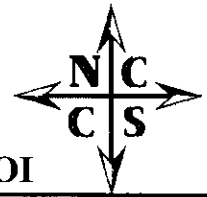
Interpreter accepted \_\_\_\_\_  Interpreter Refused

Name /Number of Person/services chosen/used



<b>Nombre del estudiante:</b>		<b>NÚMERO DE CUENTA:</b>	<b>Fecha:</b> _____
<b>Historia de salud del estudiante</b>			
<b>Medicamentos diarios:</b>		<b>Motivo por que la toma:</b>	
<b>Condiciones crónicas de salud/condiciones de comportamiento de su hijo (marque todos que aplican)</b>			
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problemas del corazón <input type="checkbox"/> Problemas dentales <input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Preocupaciones relacionadas con la alud /alergias  _____		<input type="checkbox"/> Trastorno por deficiencia de atención (ADD/ADHD) <input type="checkbox"/> Espectro autista <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario <input type="checkbox"/> Comportamientos de autolesiones <input type="checkbox"/> Uso/abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Uso/abuso de tabaco <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones relacionadas con la salud mental:  _____	
¿Ha habido cambios en la salud de su hijo/a en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí sí, explique:			
¿El niño/a ha estado hospitalizado durante la noche para medial o razones de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí sí, explique:			
¿Ha tenido su hijo/a cirugías graves o lesiones (especialmente trauma en la cabeza)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí sí, explique:			
<b>Información del hogar</b>			
Por favor nombre las personas que viven en su hogar y sus edades: (ejemplo: padre (40) la madre (40) hermana (10)			
¿Hay un arma de fuego en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No si es sí, ¿esta guardada en un sitio seguro? (bajo llave):			
¿Alguien en su hogar fuma?			
Antecedentes familiares de Salud Mental: (por favor nombre de familiares inmediatos, tratamiento /diagnóstico)			
Padres /tutor preocupaciones: por favor revise los temas y escriba cualquier área adicional:			
<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Peso, alimentación <input type="checkbox"/> Relaciones con miembros de la familia <input type="checkbox"/> Elección de amigos <input type="checkbox"/> Dormir		<input type="checkbox"/> Comportamientos sexuales <input type="checkbox"/> Funcionamiento en la escuela <input type="checkbox"/> Fumar/Vaping <input type="checkbox"/> Uso de drogas <input type="checkbox"/> Daño a si mismo	

El Personal mantendrá todas las respuestas privadas, por favor devuelva el cuestionario en sobre cerrado que se le proporciono.



**Autorización Para Divulgar Información De Salud Protegida-ROI**

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

Representante Legal del Estudiante

Relación con el Estudiante

**Autorizar:**

Gaston Family Health Services 704-874-9005

Agencia o persona autorizada a revelar información			Teléfono de la Agencia
<u>409 South Oakland Street</u>	<u>Gastonia</u>	<u>NC</u>	<u>28052</u>
Calle Dirección	Ciudad	Estado	Código postal de la Agencia

**Intercambiar o divulgar con: (intercambio de información bidireccional)**

Newton Conover City Schools 828-464-3191

Agencia o persona a quien el solicitar el uso o la divulgación se hará número de teléfono de la Agencia

<u>605 N. Ashe Avenue</u>	<u>Newton</u>	<u>NC</u>	<u>28658</u>
Dirección de la Agencia	Ciudad	Estado	Código postal

**En relación a:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante Fecha de Nacimiento Telefono del Estudiante

Calle Dirección Ciudad Estado Código postal del estudiante

**La siguiente información protegida:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental:  | <input type="checkbox"/> Escuela / Documentos académicos  |
| ○ asistencia de cita   | ○ Registros de asistencia                                 |
| ○ Diagnósticos   | ○ Calificaciones académicas                               |
| ○ Herramientas de detección y diagnóstico  | ○ Puntajes pruebas EOG/EDC                                |
| ○ Miembros del equipo de Cuidado   | ○ Registros de pruebas de otros logros académicos         |
| ○ Plan de tratamiento y cuidado  | ○ Registros de pruebas psicoeducativa                     |
| <input type="checkbox"/> Barreras para la atención/SDOH (es decir, transporte, vivienda, preocupaciones, etc.) | ○ Expedientes de educación especial                       |
| <input type="checkbox"/> Notas de las Visitas de Salud del Comportamiento                                      | ○ Registros de la disciplina                              |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud física   | ○ Detalles Comportamiento / conducta                      |
| <input type="checkbox"/> Información de facturación  | <input type="checkbox"/> Tratamiento / diagnóstico de VIH |
|  | <input type="checkbox"/> Tratamiento / uso de sustancia   |

**El propósito de esta divulgación es:** proporcionar una prueba del nivel de compromiso en la atención y

Describir el propósito de la divulgación requerida

una comprensión de las barreras y preocupaciones por el tratamiento con el fin de coordinar de manera eficiente la atención y los servicios.



## **Autorización Para Divulgar Información De Salud Protegida-ROI**

---

Esta autorización será en efecto durante 12 meses desde la fecha inicial de solicitud a menos que se especifique abajo.

---

---

### **DERECHOS DEL ESTUDIANTE Y FIRMA AUTORIZADA:**

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por medio de completar un formulario de revocación y volviéndolo a un miembro del personal de GFHS.
- Yo puedo inspeccionar o copiar la información protegida de salud a divulgarse según se describe en este documento.
- Revocación no es efectiva en casos donde la información ya ha sido revelada pero será efectiva en el futuro.
- Información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser objeto a ser revelada por el destinatario y no estará protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y el tratamiento a los estudiantes/académicos o pago o elegibilidad a beneficios no estarán condicionados a esta firma.
- Entiendo que la información revelada puede incluir información relacionada con el tratamiento psiquiátrico o psicológico, abuso de drogas y/o abuso de alcohol o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA o VIH).

---

**Firma del Representante Autorizado del Estudiante**

**Fecha**

---

**Nombre del Empleado**

---

**Título del Empleado**

---

**Firma del empleado**

**Fecha**