

Distrito Escolar del Condado _____
CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN Y
DE REEMBOLSO A TRAVÉS DE MEDICAID

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ FDN: _____ N.º Estudiantil: _____
Nombre de los Padres: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE SERVICIOS HUMANOS DEL ESTADO DE NEVADA, DIVISIÓN DE FINANCIAMIENTO Y POLÍTICA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD

El Distrito Escolar del Condado _____ (distrito) proporciona servicios de salud escolar a niños con un Plan de Cuidado (POC) tal como un Programa Educativo Individualizado (IEP), además de revisiones y evaluaciones sin costo para los padres/tutores. Los distritos escolares disponen de fondos federales de Medicaid para ayudar a cubrir los costos de la prestación de estos servicios necesarios. Para acceder a estos fondos, el distrito participa en el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nevada, División de Financiamiento y Política de Cuidados de la Salud (DHCFP) programa de Servicios de Salud Escolar de Medicaid (SHS). La facturación de los servicios de su hijo al programa Medicaid no afectará a las prestaciones del seguro de Medicaid de su familia y no tiene costo alguno para su familia.

Los distritos escolares pueden solicitar el reembolso por los servicios de salud escolar elegibles, tales como terapia de habla, ocupacional y física, y servicios de enfermería. Para solicitar los fondos federales, el distrito debe proporcionar información al DHCFP de los registros educativos de esos estudiantes por los cuales se solicita el reembolso. La información que debe proporcionarse incluye el nombre del estudiante, su fecha de nacimiento y la información referente al servicio que se prestó, tal como la fecha, tipo y duración del servicio. Cuando lo solicite, puede recibir copias de los registros divulgados al DHCFP.

El distrito solicita su consentimiento para proporcionar la información de los registros educativos de su hijo al DHCFP, sólo si es necesario, para que el distrito solicite fondos de Medicaid que ayuden a cubrir los costos de los servicios de salud escolar que el distrito le prestó a su hijo. Independientemente, si usted da o no su consentimiento o lo retira, el distrito continuará prestando los servicios de salud necesarios para su hijo sin costo alguno para ustedes, los padres/ tutores.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
(Nombre) (Inicial 2º nombre) (Apellidos)

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: _____

Por favor, revise las siguientes declaraciones y seleccione su opción marcando la casilla correspondiente.

- Sí. Como padres/tutores del estudiante antes mencionado, doy mi consentimiento al distrito para que divulgue información de los registros educativos de mi hijo al DHCFP, sólo si es necesario, para permitir que el distrito solicite fondos de Medicaid para ayudar a cubrir los costos de los servicios de salud escolar prestados a mi hijo.

Entiendo que mi consentimiento permanecerá vigente hasta que lo retire, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento notificando al distrito. Si retiro mi consentimiento, el distrito continuará prestando servicios de salud escolar a mi hijo sin costo alguno para nosotros, los padres/ tutores.

- No. Como padres/tutores del estudiante antes mencionado, no doy mi consentimiento al distrito para que divulgue información de los registros educativos de mi hijo al DHCFP.

Entiendo que si no doy mi consentimiento, el distrito continuará prestando los servicios de salud escolar necesarios para mi hijo sin costo alguno para nosotros, los padres/tutores.

Nombre: _____
(Nombre de los padres/tutores)

Firma: _____ Fecha: _____
(Firma de los padres/tutores) (mes-día-año)