

Por favor note que todos los padres o guardianes tienen que completar esta forma con la firma y fecha

Distrito Escolar
Forma de Consentimiento para Medicaid

El departamento de Salud y Servicios Humanos patrocina un programa que permite a nuestro distrito escolar obtener reembolsos por los servicios de salud que han prestado a niños cubiertos por Medicaid. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a: Pruebas y Evaluaciones, servicios de enfermería, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y física, terapia psicológica, trabajos sociales y servicios de asesoría, como parte de la educación o planes de salud para el estudiante. Este programa nos ayuda a utilizar al máximo los fondos federales que cubren servicios adicionales de salud en nuestras escuelas. con este programa, su hijo continuará recibiendo servicios sin costo para usted. El dar permiso al distrito para recibir estos fondos federales de ninguna manera limita cualquier otro beneficio de Medicaid que su hijo pueda recibir fuera de la escuela. Con su consentimiento, usted está ayudando a nuestro distrito escolar a expandir los servicios de salud para otros niños. Los estudiantes verdaderamente se beneficiarán del éxito de este programa.

**CONSENTIMIENTO PARA ADQUIRIR LA INFORMACIÓN PARA ENTRAR AL REEMBOLSO DE
MEDICAID POR LOS SERVICIOS DE SALUD.**

PADRE/GUARDIAN _____
(Nombre del padre o guardian, POR FAVOR LETRA DE MOLDE)

NOMBRE DEL NIÑO(A) _____
(Primer nombre-Segundo nombre-Apellido, POR FAVOR LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A) ____/____/____
Mes / Día / Año

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO(A) ____ - ____ - ____

NUMERO DE MEDICAID DEL NIÑO(A) _____ (Si está registrado)

EL NIÑO(A) NO ESTÁ REGISTRADO _____ (Por favor marque aquí si el niño(a) no está registrado en Medicaid)

Como padre/guardián del niño nombrado arriba, yo doy mi permiso al distrito escolar para dar información relacionada al servicio de salud que mi hijo(a) ha recibido de la escuela, a representantes federales o del estado, con el único propósito de permitir al distrito escolar obtener reembolsos de Medicaid por estos servicios de salud.

Firma: _____
(Firma del padre o persona encargada del niño)

Fecha: ____/____/____
Mes / Día / Año

Si en algún momento usted desea retractarse / retirar el permiso, por favor comuníquese a la clínica de salud de la escuela