

Consentimiento combinado para compartir información y solicitar el pago por servicios relacionados con la salud del IEP "B"

Sección 1: Complete si su hijo recibe educación especial.

Apellido del niño: _____ Primer nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de nacimiento: _____
Dirección residencial del niño: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombres de los padres: _____
Dirección de los padres: _____
Teléfonos de los padres: casa _____ trabajo _____ otro _____

Sección 2: Complete si su hijo tiene Medical Assistance (MA) o MinnesotaCare (MNC).

El Distrito # _____ facturará a MA o MNC por los servicios relacionados con la salud que recibe su hijo. Estos servicios se marcan a continuación. La cantidad de los servicios se indican en el Programa de Educación Individualizada (IEP) de su hijo. Para facturar estos servicios, necesitamos su firma para poder compartir los datos con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota. La información incluye el nombre, la fecha de nacimiento y el número de miembro de su hijo, las fechas del servicio y el tipo de códigos de los servicios.

En las revisiones realizadas por DHS o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, la información divulgada también podría incluir el IEP de su hijo, informes de evaluación, documentación del servicio y la asistencia y las órdenes médicas.

Entiendo que la autorización para compartir datos con DHS y HHS:

- Comienza el _____ y es válida mientras mi hijo califique para recibir educación especial o cuando se agregue un servicio.
- Puedo cambiarla o revocarla por escrito en cualquier momento.
- Es por los servicios y evaluaciones marcadas a continuación:
___ Servicios de salud mental ___ Enfermería ___ Ayudante de cuidado personal
___ Terapia física ___ Servicios del habla y la audición ___ Dispositivo(s) de tecnología asistida
___ Terapia ocupacional ___ Transporte especial ___ Servicios de intérprete

NOTA: Se agregó un servicio marcado con una fecha al IEP de su hijo. Escriba sus iniciales y la fecha aquí si podemos compartir los datos para facturar este servicio a partir de la fecha antes marcada:

Iniciales: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____

Entiendo que:

- La cantidad de los servicios se indica en el IEP de mi hijo.
- Si lo solicito, puedo obtener copias de toda la información compartida con DHS o HHS.
- Puedo obtener una copia de esta autorización.
- Las leyes que protegen la información privada a veces permiten que la información se vuelva a divulgar.
- Si no proporciono información o no firmo la autorización, los servicios de IEP de mi hijo no cambiarán ni cesarán.

Información sobre Medical Assistance/MinnesotaCare

Número de miembro de los programas de atención médica de Minnesota ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Autorización médica

Si su hijo recibe servicios de enfermería o de ayudante de cuidado personal en la escuela, debemos obtener órdenes médicas del médico o la clínica de su hijo. Tenemos que informar al médico o la clínica el nombre de su hijo, la fecha de nacimiento, por qué su hijo necesita los servicios y los tipos de servicios relacionados con la salud que recibe su hijo durante el horario escolar. Esta autorización comienza el _____ y es válida por un año o puede cancelarla antes por escrito.

NOTA: Cada año necesitamos su consentimiento para compartir la información para obtener órdenes médicas. Escriba sus iniciales y la fecha aquí si podemos compartir los datos para obtener órdenes para que se provean servicios de enfermería y/o de ayudante de cuidado personal. Si la información del médico o la clínica de su hijo es nueva, haga el cambio arriba.

Iniciales: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____ Fecha: _____

Mi firma permite que el distrito divulgue información: 1) a DHS para recibir el pago de MA o MNC; 2) a DHS o HHS si hay una revisión; y 3) al médico o la clínica de mi hijo para obtener órdenes médicas si se marca arriba.

Firma del padre o representante legal: _____ **Fecha:** _____

Sección 3: Complete si su hijo tiene seguro médico privado y usted está de acuerdo que el distrito puede preguntar sobre la cobertura o facturar al plan.

El Distrito # _____ puede:

Preguntar a mi seguro/HMO si éste paga los servicios y determinaciones del Programa de Educación Individualizada (IEP) que se indican a continuación por medio de mis iniciales.

- Doy permiso para **preguntar** a mi seguro/HMO sobre estos servicios de _____ a _____

Facturar a mi seguro por los servicios y evaluaciones de salud relacionados con el Programa de Educación Individualizada (IEP) que se indican a continuación por medio de mis iniciales.

- Doy permiso para **facturar** a mi seguro/HMO por estos servicios de _____ a _____

Escriba las iniciales a continuación para todos los servicios que usted está de acuerdo que el distrito pregunte o facture:

____ Dispositivos de tecnología asistida
 ____ Servicios de salud mental
 ____ Servicios de enfermería
 ____ Servicios de intérprete

____ Terapia ocupacional
 ____ Terapia física
 ____ Terapia del habla-lenguaje/audición

Acuerdo:

Permitir que el distrito escolar comparta los expedientes educativos que se necesiten para preguntar o facturar por los servicios marcados con las iniciales arriba.

- Los expedientes de mi hijo que pueden compartirse incluyen: los IEPs, informes de evaluación, registros de servicios y asistencia y órdenes médicas que sean necesarios para fines de facturación y calidad del cuidado.

Entiendo que:

- Si mi seguro/HMO no cubre los servicios, el distrito puede facturar a Medical Assistance (MA) o MinnesotaCare (MNC).
- Si doy permiso sólo para **preguntar** a mi seguro/HMO y éstos cubren el servicio, el distrito **no** facturará a mi seguro /HMO y **no** podrá facturar a MA o MNC.
- La información que me proporcionen respecto a preguntar/facturar a mi seguro por los servicios relacionados con la salud del IEP de mi hijo y los posibles efectos de los mismos.
- Mi consentimiento y divulgación de información comienza el _____ y es válida por un año a partir de esta fecha.
- Puedo dar por terminado este acuerdo por escrito en cualquier momento antes de que finalice el año.
- Puedo solicitar y obtener copias de toda la información compartida.
- Recibiré una copia de esta autorización.
- Las leyes que protegen la información privada a veces permiten que la información se vuelva a divulgar.
- No tengo que dar ninguna información ni firmar la autorización y esto no cambiará ni dará por terminados los servicios de IEP que mi hijo recibe.

Sírvase proporcionarnos esta información acerca del plan médico privado de su hijo

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de seguro: Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) Colectivo o de grupo (GP) Champus (CH)
 Organización de Proveedores Preferidos (PPO) Póliza individual (IP) Otro (OT): _____

¿Es este un plan patrocinado por un empleador? De ser así, nombre del empleador: _____

No. de grupo o póliza _____

No. de Ident. del seguro de alumno _____

Apellido del titular de la póliza: _____

Primer nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Relación: _____

Madre (32) Padre (33)

Otro (G8)

Mi firma permite que el distrito divulgue información con mi plan médico privado

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____

Sección 4: Complete si no desea que el distrito facture a otros por los servicios del IEP relacionados con la salud de su hijo.

Autorización o consentimiento denegado

Elijo no permitir que el distrito:

- Comparta información con el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota para obtener el pago por los servicios de salud relacionados con el IEP.
- Pregunte a mi plan médico privado si los servicios relacionados con el IEP están cubiertos de manera que, si los servicios no están cubiertos, el distrito pueda facturar a Medical Assistance o MinnesotaCare.
- Facture a mi plan médico privado

Entiendo que:

- Firmar a continuación no cambiarán ni terminarán los servicios del IEP de mi hijo.
- Puedo obtener una copia de esta autorización denegada.

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____

Sección 5: Complete si desea que el distrito DEJE de compartir información, preguntar sobre la cobertura o facturar a su plan privado.

Revocación

- Deseo que el distrito **deje** de compartir los expedientes educativos de mi hijo con el médico o la clínica de mi hijo a partir del _____.
- Deseo que el distrito **deje** de preguntar a mi plan médico acerca de la cobertura a partir del _____.
- Deseo que el distrito **deje** de facturar a mi plan médico a partir del _____.
- Deseo que el distrito **deje** de compartir los expedientes educativos de mi hijo con el Departamento de Servicios Humanos a partir del _____.

Entiendo que:

- ___ Firmar a continuación no cambiará ni terminará los servicios del IEP de mi hijo.
- ___ Puedo obtener una copia de esta revocación.
- ___ No puedo revocar el permiso con respecto a información que ya se ha compartido.

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha: _____