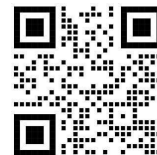




Consentimiento de los padres para acceder al seguro médico público (Medicaid) y divulgar información de identificación personal para fines de facturación de Medicaid para edades de 3 a 21 años



Estimados padres/tutores legales:

El propósito de esta carta es solicitar su permiso, también conocido como consentimiento, para compartir la información sobre su estudiante con la Autoridad de Salud de Oregón (OHA, por sus siglas en inglés), la Agencia Estatal de Medicaid de Oregón, para acceder al reembolso de Medicaid por los servicios de salud cubiertos que se proveen en el entorno escolar. Los distritos escolares y los programas de Educación Especial en la Primera Infancia (ECSE, por sus siglas en inglés) pueden recibir un reembolso parcial de OHA por los costos de los servicios de salud cubiertos por Medicaid proporcionados a los niños con discapacidades inscritos en Medicaid. Para acceder al reembolso de Medicaid, el distrito escolar o el programa ECSE de su estudiante necesita tener su consentimiento para compartir con OHA la siguiente información de su estudiante: nombre, la fecha de nacimiento, el tipo de servicios prestados, las fechas en que se proporcionaron los servicios y quién los proporcionó, los registros de asistencia y el número de identificación estatal del estudiante (SSID, por sus siglas en inglés).

Aviso para los padres

Los distritos escolares y los programas de ECSE no pueden compartir información sobre su estudiante sin su permiso. Al considerar dar su permiso, por favor tenga en cuenta que usted tiene los siguientes derechos:

1. El distrito escolar no puede exigirle que se inscriba en el Plan de Salud de Oregón (Medicaid) para que su estudiante reciba los servicios de salud escolar a los que tiene derecho.
2. El distrito escolar no puede solicitarle que pague por los servicios relacionados con la salud de su estudiante que se brindan en el entorno escolar. Esto significa que no pueden pedirle un copago o deducible para facturar a OHA por los servicios prestados.
3. Si usted autoriza al distrito escolar a compartir información con OHA con el fin de facturar a Medicaid:
 - a. Esto no afectará la cobertura de por vida disponible de su estudiante u otro beneficio de Medicaid; tampoco limitará de ninguna manera el uso que su propia familia haga de los beneficios de Medicaid fuera de la escuela.
 - b. Su permiso no afectará de ninguna manera los servicios de educación especial de su estudiante o el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) o los derechos de la Sección 504, si su estudiante es elegible para recibir estos servicios
 - c. Su permiso no dará lugar a ningún cambio en los derechos de Medicaid de su estudiante.
 - d. Su permiso no conllevará ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid o OHA.



4. Si otorga su permiso, usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar su permiso en cualquier momento. Debe comunicar al distrito escolar **por escrito** que usted desea retirar su permiso.
5. Si usted retira su permiso o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los registros y la información de su estudiante con OHA con el fin de solicitar el reembolso de Medicaid por el costo de los servicios de salud escolares cubiertos, el distrito escolar seguirá siendo responsable de proporcionar a su estudiante los servicios de salud, sin costo alguno para usted.

Consentimiento de los padres

He leído y comprendido el aviso. Todas mis preguntas fueron contestadas.

☐ Doy mi consentimiento al distrito escolar o al programa ECSE para compartir con OHA los registros e información sobre mi estudiante y sus servicios de salud cubiertos por Medicaid, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará al distrito escolar o al programa ECSE a solicitar un reembolso parcial por el costo de los servicios cubiertos por Medicaid que fueron proporcionados a mi estudiante.

☐ No doy mi consentimiento para acceder a mi seguro médico público (Medicaid) o para divulgar, con fines de facturación, la información de identificación personal de mi estudiante que se muestra a continuación.

Fecha del aviso inicial por escrito a los padres: _____

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	SSID

Nombre del padre/tutor legal: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Por favor, envíe este formulario a medicaidbilling@hsd.k12.or.us