

CONSENTIMIENTO PARA LA FACTURACIÓN DEL SEGURO Y LIBERACIÓN DE REGISTROS ESTUDIANTILES

Las leyes federales y estatales permiten que las agencias educativas locales soliciten beneficios de seguro para pagar los servicios de salud proporcionados en el entorno educativo. Buscar el reembolso de una reclamación **NO afectará** el límite total de seguro o el deducible de su hijo/a. Los padres/tutores deben consentir la liberación de los registros educativos y/o de salud/médicos para presentar reclamaciones de beneficios de seguro. Por favor, complete la siguiente información:

Yo, _____ [padre/guardián], en nombre de _____ [estudiante], Fecha de nacimiento _____ por la presente autorizo al **Distrito Escolar de Westminster** a liberar los registros del estudiante para presentar reclamaciones de beneficios de seguro.

☐ Declino dar mi consentimiento para la liberación de la información educativa y médica/sanitaria de mi hijo con el propósito de presentar una solicitud de beneficios de seguro para cubrir la atención que mi hijo recibe mientras está en la escuela.

Los registros que se liberarán pueden incluir:

- Nombre del estudiante; fecha de nacimiento; género; información de seguro; la fecha, hora y tipo de servicios de salud proporcionados; y el proveedor que brinda los servicios.
- Los registros de comportamiento, médicos, de salud y/o educativos de mi hijo/a.

Proveedor de seguro primario:

Nombre del proveedor de seguro	Número de identificación	Número de grupo
Dirección del proveedor de seguro	Nombre completo del suscriptor	Relación con el estudiante

Proveedor de seguro secundario:

Nombre del proveedor de seguro	Número de identificación	Número de grupo
Dirección del proveedor de seguro	Nombre completo del suscriptor	Relación con el estudiante

Certificación: Certifico que soy el tutor legal del estudiante nombrado en este documento. Por la presente consiento en la divulgación de los registros del estudiante mencionados anteriormente con el propósito de presentar reclamaciones a la compañía de seguros de mi hijo para el reembolso de los servicios de salud proporcionados en el ámbito escolar. Asimismo, acepto eximir al Distrito y a sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier responsabilidad, y renuncio expresamente a cualquier derecho que pudiera tener para iniciar procedimientos legales contra el Distrito, sus funcionarios, agentes o empleados basados en cualquier divulgación de los registros del estudiante identificados en este documento. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia de cualquier registro del estudiante cuya divulgación haya consentido.

Firma del padre/guardián: _____

Nombre en letra de molde del padre/guardián: _____

Fecha: _____

Este consentimiento se emite de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) (Código de Regulaciones Federales 45, secciones 164.502, 164.506 y 164.520) y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) (Código de los Estados Unidos 20 sección 1232g; Código de Regulaciones Federales 34, parte 99). La Parte que da su consentimiento reconoce y acepta que la Información de Salud Protegida (PHI) puede ser utilizada con fines de facturación sin autorización adicional, de conformidad con HIPAA (Código de Regulaciones Federales 45, sección 164.20), y se debe proporcionar un Aviso de Prácticas de Privacidad para explicar su uso.