



**Permiso de Medicaid para tratamiento, divulgación de información,  
y reembolso por servicios de enfermería no relacionados con el IEP**

Con mi firma a continuación, autorizo \_\_\_\_\_ (el Distrito):

- proveer servicios de enfermería que no son del IEP a mi hijo;
- divulgar e intercambiar la siguiente información del registro de mi hijo al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Agencia de Medicaid) con el fin de facturar los servicios de enfermería que no son del IEP proporcionados a mi hijo: información sobre el servicio brindado, el nombre de mi hijo, fecha de nacimiento, número de Medicaid o seguro de salud, sexo y mi información de contacto;
- facturar a la Agencia de Medicaid por los servicios de enfermería no IEP; y
- recibir el pago de la Agencia de Medicaid por los servicios de enfermería que no pertenecen al IEP que el Distrito brinda a mi hijo.

Entiendo que:

- El reembolso de Medicaid por los servicios de enfermería que no son de IEP proporcionados por el Distrito no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo sea elegible.
- El Distrito continuará proporcionando los servicios de enfermería no relacionados con el IEP necesarios para mi hijo sin costo alguno para mí, incluso si me niego a permitir la facturación de los servicios.
- El permiso otorgado es voluntario de mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si luego revoco el permiso, esa revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que haya ocurrido después de que se dio la autorización y antes de que se revocara el permiso).
- El Distrito operará bajo las pautas de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento de mi hijo y los servicios ofrecidos de enfermería que no son del IEP.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

Número de Medicaid del estudiante \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_