

Formulario de Consentimiento de los Padres para Facturar a Asistencia Médica (MA, en inglés) de Pennsylvania

Las Agencias Educativas Locales (LEA, por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir reembolsos del programa federal de Medicaid para servicios que son médicamente necesarios y provistos a los estudiantes de educación especial, siempre y cuando estos servicios cumplan con los requisitos del programa estatal de Medicaid y sean provistos de acuerdo con el IEP (Plan Educativo Individualizado) del alumno.

El Acta para el Mejoramiento de la Educación de Individuos con Impedimentos del 2004 (IDEA, por sus siglas en inglés) y el Acta para los Derechos Educativos y la Privacidad de Familias (FERPA) requieren que las escuelas obtengan un consentimiento de los padres para compartir los historiales educativos y médicos de los estudiantes, tales como sus IEP y los Reportes de Evaluación. Estamos pidiendo su permiso para compartir esta información con el Departamento de Educación de PA, el Departamento de Bienestar Público, y un doctor o enfermera profesional para así poder facturar a Asistencia Médica.

Además de los servicios cubiertos por Medicaid que su niño recibe como parte de su IEP, Asistencia Médica continuará pagando los servicios que su niño recibe fuera de la escuela si éstos son médicamente necesarios y cubiertos por Medicaid.

Entiendo que...

- *si doy mi permiso, puedo cancelarlo en cualquier momento para servicios en el futuro. Sin embargo, esa cancelación no anula ninguna acción que haya ocurrido después del consentimiento y antes de su cancelación.*
- *mi rechazo a dar consentimiento no cambiará los servicios que mi niño recibe en su IEP.*
- *con o sin mi consentimiento, no tendré que pagar por estos servicios.*
- *a petición mía, puedo recibir copias de todos los historiales de mi niño que serán compartidos como consecuencia de esta autorización.*

- Yo **doy** permiso a la escuela de mi niño a que comparta información acerca de la educación y salud de mi niño, y que facture a Asistencia Médica
- Yo **no doy** permiso a la escuela de mi niño a que comparta información acerca de la educación y salud de mi niño, ni que facture a Asistencia Médica.

Nombre de la escuela

Nombre completo del estudiante

Fecha de nacimiento

Fecha de la reunión del IEP

Duración anticipada de servicios

Nombre del padre/ guardián (en letra de imprenta)

Firma del padre/ guardián

Fecha