## **Consentimiento de los padres para acceder al seguro público (Medicaid) y**

**divulgar información de identificación personal para fines de facturación de Medicaid**

**Edades 3 – 21**

Estimado padre/tutor legal:

El propósito de esta carta es pedir su permiso, también conocido como consentimiento, para compartir información sobre su hijo con la Autoridad de Salud de Oregón (OHA, por sus siglas en inglés), agencia estatal de Medicaid, con la finalidad de acceder al reembolso de Medicaid para los servicios de salud cubiertos que se proveen en el entorno escolar. Los distritos escolares y los programas de Educación Especial para la Niñez Temprana (ECSE, por sus siglas en inglés) pueden recibir un reembolso parcial de la OHA por los costos de servicios de salud cubiertos por Medicaid provistos para los niños con discapacidades inscritos en Medicaid. Para acceder al reembolso de Medicaid, el distrito escolar o programa de ECSE de su hijo necesita tener su consentimiento para compartir información sobre su hijo con la OHA. Es posible que sea necesario compartir con la OHA el siguiente tipo de información sobre su hijo: nombre; fecha de nacimiento; tipo de servicios provistos, fecha(s) en que se proveen los servicios y quién los provee; registros de asistencia y 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 hijo sin su permiso. Cuando considere dar su permiso, por favor sepa 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 hijo reciba los servicios de salud escolares a los que su hijo tiene derecho.
2. El distrito escolar no puede pedirle que pague algo por los servicios relacionados con la salud de su hijo provistos en el entorno escolar. Esto significa que no pueden pedirle un copago o deducible para facturar a la OHA por los servicios provistos.
3. Si usted autoriza al distrito escolar a compartir información con la OHA para facturar a Medicaid:
	1. Esto no afectará la cobertura de por vida disponible para su hijo o ningún 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.
	2. Su permiso no afectará de ninguna manera a los servicios de educación especial de su hijo ni a los derechos del Programa de Educación Individualizado (IEP) o Sección 504, si su hijo es elegible para recibir estos servicios.
	3. Su permiso no conducirá a ningún cambio en los derechos de Medicaid de su hijo.
	4. Su permiso no conducirá a ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid o la OHA.
4. Si otorga su permiso, usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar su permiso en cualquier momento. Debe comunicar ***por escrito*** al distrito escolar que usted retira su permiso.
5. Si retira su permiso o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los registros y la información de su hijo con la OHA con el propósito de solicitar el reembolso de Medicaid por el costo de los servicios de salud cubiertos, el distrito escolar seguirá siendo responsable de proveer a su hijo los servicios de salud, sin costo alguno para usted.

**Consentimiento de los padres**

He leído el aviso y lo entiendo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Doy mi permiso al distrito escolar o programa de ECSE para compartir con la OHA los registros y la información sobre mi hijo y sus servicios de salud cubiertos por Medicaid, cuando sea necesario. Entiendo que esto ayudará al distrito escolar o programa de ECSE a solicitar un reembolso parcial por el costo de los servicios cubiertos por Medicaid que fueron provistos para mi hijo.

Fecha del aviso escrito inicial para los padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Nombre del niño | Fecha de nacimiento | SSID |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrucciones para la agencia de educación - Uso del formulario**

**Autoridad**

Este formulario busca cumplir con las revisiones del 14 de febrero de 2013 para las regulaciones del 2004 de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), con respecto al consentimiento de los padres sobre el uso de los beneficios del seguro público de un niño y la divulgación de información de identificación personal para la agencia estatal de Medicaid, según 34 CFR §300.154(d) y la Ley sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA).

**Propósito**

Los distritos escolares y los programas de ECSE que proponen usar los beneficios de Medicaid de un niño utilizan este formulario para cumplir con los requerimientos de avisos escritos. Esto reemplaza el consentimiento existente para acceder a los formularios de beneficios de Medicaid archivados para un niño/estudiante. Este aviso debe escribirse en un lenguaje que sea entendible para el público en general. La persona que recibe este formulario tiene derecho a recibir este aviso en su idioma nativo u otro método de comunicación, a menos que claramente no sea viable hacerlo.

Específicamente, el formulario se usa para documentar el consentimiento informado escrito de los padres o la negativa a dar su consentimiento, 1) para usar los beneficios del seguro público (Medicaid) de los padres o del niño y 2) para divulgar información de identificación personal sobre el niño a la agencia estatal de Medicaid, la Autoridad de Salud de Oregón (OHA).

**¿Cuándo debe usarse este formulario?**

Este formulario debe usarse para niños de 3 a 21 años de edad. Use este formulario solamente después de que el distrito escolar o programa de ECSE haya provisto un aviso escrito para los padres explicando la propuesta de usar sus beneficios públicos y los derechos que les corresponden.

Una vez que el distrito escolar o programa de ECSE obtenga este consentimiento por única vez, el distrito escolar o programa de ECSE no tiene requerido obtener el consentimiento de los padres antes de acceder a los beneficios públicos o el seguro del niño o de sus padres en el futuro, sin importar si hay un cambio en el tipo o la cantidad de servicios que deben proveerse para el niño o un cambio en el costo de los servicios que se cobrarán al programa de beneficios públicos o de seguro (por ejemplo, Medicaid).

**Cómo completar el formulario**

* Ingrese la información del distrito escolar o programa de ECSE en el encabezado para adaptar el formulario y usarse localmente
* Ingrese la fecha en que el distrito escolar o programa de ECSE proporcionó el aviso escrito inicial
* Ingrese el nombre del niño/estudiante:
	+ Nombre legal completo, incluyendo el segundo nombre
	+ Fecha de nacimiento (mes/día/año)
	+ Número de SSID
* Pida a los padres que escriban el nombre con letra de molde, firmen el documento e ingresen la fecha de la firma
* Entregue una copia al padre/tutor legal y coloque una copia en el expediente del estudiante

**NOTA: El distrito escolar debe consultar con su asesor legal sobre cualquier pregunta relacionada con los requerimientos de las regulaciones estatales o federales.**