

## DISTRITO ESCOLAR 7 DEL CONDADO DE SPARTANBURG

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO, PERMISO DE INFORMATION

#### Y REEMBOLSO DE MEDICAID

El Distrito Escolar Siete del Condado de Spartanburg (el Distrito) y el Departamento de Estado de Educación tienen mi permiso de proporcionar servicios de salud a mi hijo y proveer e intercambiar información médica y otros datos confidenciales, si fuera necesario, al Departamento de Salud y Servicios Humanos y compañías de seguros a terceros relacionados a servicios de salud proporcionados a mi hijo antes de la fecha de este consentimiento o a partir de los servicios que el distrito de la escuela/ agencia proporcione en el futuro.

Con mi firma, doy mi permiso al Distrito y Departamento de Estado de Educación extender la factura a Medicaid y recibir pagos de Medicaid por servicios de salud como describe el Programa Educativo Individualizado de mi hijo (IEP), y para evaluaciones psicológicas, servicios de enfermería, y otros servicios de salud que son facturados a Medicaid sin el requisito de un IEP.

Entiendo que el reembolso de Medicaid para servicios de salud provistos por el Distrito y el Departamento de Estado de Educación no afectará otros servicios de Medicaid elegibles para mi hijo. Entiendo que mi hijo recibirá los servicios determinados en el IEP sin contar los beneficios de un seguro público o privado que yo pueda obtener para mi hijo. Además, entiendo que si niego el acceso al Departamento de Salud y Servicios Humanos o programa de seguro a terceros no libera al Distrito su responsabilidad de proveer todos los servicios requeridos sin costo alguno de mi parte.

Entiendo que mi consentimiento es voluntario y lo puedo anular en cualquier momento. Si yo niego mi consentimiento, este no es retroactivo (Ej. no invalida la acción que haya ocurrido después del consentimiento brindado y antes de que el consentimiento fuera anulado).

Asimismo, entiendo que el Distrito y el Departamento de Educación operarán según las normas de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para mantener el tratamiento de salud y servicios brindados a mi hijo en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Estudiante

Medicaid \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha