

**(Nombre del distrito escolar)**

**Consentimiento por escrito por  
Servicios de Medicaid**

Los distritos escolares en Nuevo México tienen la oportunidad de cobrar Medicaid por servicios de salud y servicios relacionados documentados en el Programa de Educación Individualizado (IEP). Los padres deben ser completamente informados sobre los servicios, la frecuencia y la duración de aquellos servicios para cobrar Medicaid. Los padres deben firmar un consentimiento por escrito reconociendo que están en acuerdo de cobrar Medicaid por los servicios designados en el IEP. Además, los padres deben firmar un nuevo consentimiento por escrito si les cambian o agregan más servicios. Si tienen preguntas o preocupaciones, por favor llame a Georgia Glasgow al 505-827-1807.

**Apellido del niño:** \_\_\_\_\_ **Nombre :** \_\_\_\_\_

**Inicial:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección del niño:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Correo Postal:** \_\_\_\_\_

**Número de Medicaid del niño:** \_\_\_\_\_

**Número de seguro social del niño:** \_\_\_\_\_

**Nombre(s) de padre(s):** \_\_\_\_\_

**Dirección del padre(s):** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de padre(s) hogar:** \_\_\_\_\_

**trabajo:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento por escrito para facturar Medicaid por servicios de salud:**

Yo \_\_\_\_\_, padre de \_\_\_\_\_

ha sido completamente informado de todos servicios designado en el IEP que mi hijo/a recibirá y estoy en acuerdo cobrar Medicaid por esos tales servicios. Doy mi consentimiento al distrito usar el nombre de mi hijo/a, su número de Medicaid, los servicios que recibirá mi hijo/a, los días de cobertura y el código por el tipo de servicio proporcionado a la agencia de Medicaid para efectuar el pago. Este consentimiento es voluntario y podría revocarlo en cualquier momento. Comprendo que si se revoca el consentimiento no es retroactivo. Entiendo que si rehusa mi consentimiento para acceder aquellos beneficios/subsidios de Medicaid, no se libera la responsabilidad del distrito de proporcionar los servicios requeridos en el IEP sin ningún costo a los padres. Mi firma concede mi consentimiento.

**Consentimiento por escrito proveer información al médico principal o clínica**

Para conseguir una petición médica por los servicios de salud que mi hijo/a recibirá es necesario incluir el nombre de su hijo/a, fecha de nacimiento, tipos de servicios de salud y los plazos de cada servicio (i.e., terapia física, 30 minutos 3 veces por cada semana por 6 meses) que se recibe durante el día escolar debe ser proporcionado al médico principal o la clínica. Esta salida de permiso empieza el \_\_\_\_\_ y es válido por un año. El propósito es para conseguir información con el médico principal o clínica. Mi firma permite el distrito revelar información con el médico principal o clínica de mi hijo/a.

Firma del padre/ representante legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico principal: \_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_\_\_

\*(See 34 CFR Sec. 300.154(d)(2)(iv)(A))

\*(Refiere a 34 CFR Sec. 300.154(d)(2)(iv)(A))

