

Clark County School District
Las Vegas, Nevada
Student Services Division

**CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN
Y DE REEMBOLSO A TRAVÉS DE MEDICAID**

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____ FDN: _____ # ID: _____

Nombre del Padre: _____

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE AL
DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE SERVICIOS HUMANOS DEL ESTADO DE NEVADA,
DIVISIÓN DE FINANCIAMIENTO Y POLÍTICA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD**

El Distrito Escolar del Condado de Clark proporciona por medio de la escuela servicios de salud a niños con un Programa Educativo Individualizado (IEP) sin costo a padres/tutores. Existen fondos Federales de Medicaid a disposición de los distritos escolares para ayudar a cubrir los costos por la provisión de estos servicios necesarios. Para tener acceso a estos fondos, el distrito participa en el programa de servicios de salud infantil proporcionados a través de la escuela (SBCHS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nevada, División de Financiamiento y Política de Cuidados de la Salud (DHCFP).

Los distritos escolares pueden solicitar un reembolso por los servicios de salud infantil que califiquen proporcionados a través de la escuela, tales como terapia de habla, ocupacional y física, y servicios de enfermería. Con el fin de obtener fondos federales, el distrito debe divulgarle al Estado de Nevada DHCFP información de los registros educativos de estudiantes por los cuales se solicita el reembolso. La información que debe divulgarse incluye el nombre del estudiante, fecha de nacimiento, e información referente al servicio que se proporcionó, tal como la fecha, tipo y duración del servicio.

El distrito solicita su consentimiento para revelar al DHCFP la información de los registros educativos de su hijo/a, sólo si fuera necesario, para que el distrito obtenga fondos de Medicaid para ayudar a cubrir los costos de los servicios de salud infantil que el distrito le proporciona a su hijo/a por medio de la escuela. Independientemente si usted da su consentimiento o lo retira, el distrito continuará proporcionando los servicios de salud necesarios para su hijo/a sin costo alguno para usted/es (padres/ tutores).

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____
(Nombre) (Inicial) (Apellido)

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE _____

Por favor lea las siguientes declaraciones y seleccione su opción marcando la casilla correspondiente.

Sí. Como padres/ tutores del estudiante arriba mencionado, doy mi consentimiento al distrito para revelar al DHCFP información de los registros educativos de mi hijo/a, sólo si es necesario, para que el distrito pueda obtener fondos de Medicaid para ayudar a cubrir los costos de los servicios de salud proporcionados a mi hijo/a por medio de la escuela.

Entiendo que mi consentimiento permanecerá vigente hasta que yo mismo lo retire y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento notificándole al distrito. Si retiro mi consentimiento, el distrito continuará proporcionándole a mi hijo/a los servicios de salud por medio de la escuela sin costo para mí, (padres/ tutores).

No. Como padres/ tutores del estudiante arriba mencionado, no doy mi consentimiento al distrito para revelar al DHCFP información de los registros educativos de mi hijo/a.

Tengo entendido que si no doy mi consentimiento, el distrito continuará proporcionándole a mi hijo/a los servicios de salud por medio de la escuela sin costo para mí (padres/ tutores).

Nombre: _____
(Nombre del padre/ tutor)

Firma: _____ Fecha: _____
(firma del padre/ tutor) (mes - día - año)