

## Consentimiento para publicar información de los registros educativos del estudiante

El Distrito Escolar del Valle de St. Vrain (el "Distrito") ha estado proporcionando servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud a los estudiantes por muchos años. Tales servicios incluyen, pero no están limitados a: exámenes de salud de los oídos y de la vista, evaluaciones solicitadas por los padres, servicios de enfermería, del habla, terapia física y ocupacional y servicios sociales y de psicología, todos estos como parte del plan individual o de salud del estudiante. Una Ley de Colorado de 1997 le permite ahora a los distritos escolares que reciban el reembolso del Departamento de Medicaid cuando se proporcionen esos servicios de salud o servicios relacionados con la salud, a estudiantes quienes son elegibles para obtener Medicaid. El distrito estará usando ese dinero para proveer servicios adicionales de salud para todos los estudiantes.

Para solicitar esos fondos de Medicaid, El Distrito deberá publicar información del estudiante a l Departamento de Política del Cuidado de la Salud y Financiamiento (HCPF), la agencia que administra a las agencias de Medicaid en Colorado y de Medicaid Escolar de Colorado, la cual es la agencia de cobros de Medicaid del Distrito. Para poder proporcionar información a estas dos agencias, el Distrito necesita su permiso. El propósito de esta correspondencia es el de obtener su consentimiento para esta publicación como se describe en la parte de abajo.

Es voluntario el permitir al Distrito buscar el reembolso de Medicaid por los servicios de salud o servicios relacionados proporcionados a su hijo o hija o dependiente. El darle su permiso al distrito de recibir fondos de Medicaid no limita en ninguna manera otros beneficios de Medicaid para los cuales es elegible su hijo o hija ya sea por medio del distrito o en la comunidad. Sin embargo, al dar su consentimiento, le ayudará al distrito a extender sus servicios de salud o servicios relacionados con la salud para todos los estudiantes. Apoye por favor este esfuerzo, firmando y regresando la forma de su consentimiento proporcionada abajo. (Nota: La Ley federal exige que el Distrito proporcione una educación pública que sea gratuita y adecuada para los estudiantes discapacitados, como lo explica la educación especial del estudiante o plan 504.)

Si quisiera más información acerca de este programa, favor de ponerse en contacto con la oficina de Medicaid Escolar del Distrito al 303-772-7700. Si su hijo o hija o dependiente no está recibiendo Medicaid y piensan ustedes que pueda ser elegible, puede llamar a su oficina local de Servicios Sociales para mayor información.

\_\_\_\_\_ Mi hijo(a) no es elegible para/no está registrado en Medicaid.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento y autorizo al Distrito Escolar del Valle de St. Vrain para que publique información a las Agencia: Colorado Health Care Policy and Financing (HCPF) y con la Agencia de Medicaid Escolar de Colorado, que es la agencia de cobros del distrito, información relacionada con la salud y otros servicios elegibles de Medicaid que el Distrito ha proveído a el/la estudiante identificado(a) abajo durante el año escolar **2007-2008** y por los siguientes tres años escolares, tan frecuente y comprensivo como sea necesario para solicitar y recuperar un reembolso de Medicaid por dichos servicios

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño(a)/Estudiante (como aparece en los registros)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño(a) /Estudiante

\_\_\_\_\_  
Escuela del Estudiante

\_\_\_\_\_  
# de Medicaid del Niño(a) Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián (o estudiante de 18 años o mayor

\_\_\_\_\_  
# de Seguro Social del Niño(a)/Estudiante (opcional)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián (o estudiante de 18 años o mayor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si en algún momento quisiera anular o cambiar su decisión acerca del permiso, comuníquese por favor con la oficina de Medicaid escolar del Distrito al 303-772-7700.**

SI HAY MAS NIÑOS EN LA FAMILIA, FAVOR DE LLENAR UNA HOJA POR SEPARADO CON LA INFORMACION QUE SE PIDE.