

Consentimiento para acceder a la información

Nombre del/de la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Distrito escolar: _____

Al firmar este formulario de Consentimiento, usted permite que la escuela de su hijo/a, junto con la División de TennCare, los proveedores de atención médica de su hijo, y la organización de atención gestionada de TennCare de su hijo, divulguen documentos entre sí en los que se incluyan registros educativos con respecto a su hijo/a. Podrán divulgarse los siguientes registros:

1. el Programa de educación individualizado de su hijo/a (Individualized Education Program, IEP), el Plan de salud individual (Individual Health Plan, IHP), y/o el Plan de servicio familiar individualizado (Individualized Family Service Plan, IFSP);
2. registros médicos y de salud conductual, incluido este tipo de información que se incluye en los registros educativos de su hijo/a; e
3. informes y registros educativos o resultados de la evaluación de educación especial pertinente que se incluyen en los registros educativos de su hijo/a

El objetivo de permitir que se compartan estos registros es para que las personas que brindan servicios relacionados con la atención médica puedan hablar con la escuela de su hijo/a con respecto a su hijo/a y estos servicios. Además, permitir que se compartan estos registros también permite que la escuela de su hijo/a verifique si su hijo/a participa en TennCare, de modo tal que la escuela pueda recibir un reembolso por los servicios médicos basados en la escuela, de conformidad con lo establecido por la Ley de Educación para las Personas con Discapacidades.

Si firma este formulario de consentimiento, dará su autorización para que se divulguen los registros indicados antes a la agencia de educación local (distrito escolar), su o sus agentes de facturación, el o los médicos asegurados y los representantes de TennCare, según fuese necesario.

Nota: No tiene obligación de firmar este formulario de Exención para que su hijo/a reciba los servicios indicados en su IEP, IHP o IFSP. Se seguirán prestando dichos servicios a su hijo/a sin costo alguno para usted. Si usted firma este formulario de Consentimiento, posteriormente tiene el derecho de retirar o revocar su consentimiento en cualquier momento, al enviar una carta al director de Educación Especial del sistema escolar de su hijo/a. Revocar su consentimiento no altera la responsabilidad del distrito escolar de prestar los servicios requeridos a su hijo/a sin costo alguno para usted.

Al firmar este formulario, usted indica lo siguiente:

- ✓ He recibido una copia del Aviso de acceso a la información.
- ✓ Entiendo y acepto que _____ (nombre del distrito escolar) podrá acceder a la información pública sobre los beneficios o el seguro de mi hijo/a con el fin de solicitar un reembolso por los servicios prestados, tal como se indica en el IEP, IHP o IFSP.
- ✓ Entiendo y acepto que los registros y la información indicados antes podrán ser divulgados para los fines descritos en este consentimiento a las personas u organizaciones identificadas antes.
- ✓ Comprendo que esta autorización de divulgación será válida durante el tiempo que mi hijo/a reciba los servicios correspondientes o hasta que yo revoque mi consentimiento.

FECHA: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____