Consentimiento de los Padres para Acceder al Seguro Público (Medicaid) y Divulgar Información de Identificación Personal para Fines de Facturación de Medicaid

Estimado Padre/Madre/Tutor:

El propósito de esta carta es solicitar su permiso, también conocido como consentimiento, para compartir información sobre su hijo/a con la Autoridad de Salud de Oregón (*Oregon Health Authority*, OHA), la Agencia Estatal de Medicaid de Oregón, con el fin de acceder al reembolso de Medicaid por los servicios de salud cubiertos prestados en el ámbito escolar. Los distritos escolares pueden recibir un reembolso parcial de la OHA por los costos de los servicios de salud cubiertos por Medicaid que se prestan a los niños con discapacidades inscritos en Medicaid. Para acceder al reembolso de Medicaid, el sistema de Portland Public Schools (PPS) necesita su consentimiento para compartir información sobre su hijo/a con la OHA. Es posible que debamos compartir con la OHA la siguiente información sobre su hijo/a: nombre; fecha de nacimiento; tipo de servicios prestados, fecha(s) en que se prestaron los servicios y quién los prestó; registros de asistencia y Número de Identificación Estudiantil Estatal (*State Student Identification Number,* SSID).

Notificación a los Padres

El PPS no puede compartir información sobre su hijo/a sin su permiso. Al considerar otorgar su permiso, tenga en cuenta que tiene los siguientes derechos:

1. El PPS no puede exigirle que se inscriba en el Plan de Salud de Oregón (Medicaid) para que su hijo/a reciba los servicios de salud escolar a los que tiene derecho.
2. El PPS no puede exigirle que pague por los servicios relacionados con la salud de su hijo prestados en el entorno escolar. Esto significa que PPS no puede solicitarle un copago ni un importe deducible para facturar a la OHA por los servicios prestados.
3. Si autoriza al PPS a compartir información con la OHA para facturar a Medicaid:
    a. Esto no afectará la cobertura vitalicia disponible de su hijo/a ni ningún otro beneficio de Medicaid; tampoco limitará de ninguna manera el uso de los beneficios de Medicaid por parte de su familia fuera de la escuela.
    b. Su permiso no afectará de ninguna manera los servicios de educación especial de su hijo/a, ni los derechos del Programa Educativo Individualizado (*Individualized Education Program*, IEP) o de la Sección 504, si su hijo/a es elegible para recibirlos.
    c. Su permiso no implicará ningún cambio en los derechos de Medicaid de su hijo/a.
    d. Su permiso no implicará ningún riesgo de perder la elegibilidad para otros programas financiados por Medicaid o la OHA.
4. Si da su permiso, tiene derecho a cambiar de opinión y revocarlo en cualquier momento. Debe informar **por escrito** al distrito escolar que revoca su permiso.
5. Si revoca su permiso o se niega a que el distrito escolar comparta los registros e información de su hijo/a con la OHA para solicitar el reembolso de Medicaid por el costo de los servicios de

salud escolares cubiertos, el PPS seguirá siendo responsable de proporcionara su hijo/a dichos servicios de salud, sin costo alguno para usted.

Consentimiento de los padres

He leído el aviso y lo entiendo. Todas mis preguntas han sido respondidas. Entiendo que mi consentimiento ayudará al distrito escolar a solicitar el reembolso parcial del costo de los servicios cubiertos por Medicaid prestados a mi hijo/a. Selecciono una de las siguientes opciones para indicar mi consentimiento:

- ☐ Doy permiso a Portland Public Schools a compartir con la OHA los registros e información sobre mi hijo/a y sus servicios de salud cubiertos por Medicaid, según sea necesario.
- ☐ No doy mi permiso a Portland Public Schools a compartir con la OHA los registros e información sobre mi hijo/a y sus servicios de salud cubiertos por Medicaid, según sea necesario.
- ☐ Mi hijo/a no cumple los requisitos del Plan de Salud de Oregón (Medicaid).

Nome del niño/a	DOB	SSID

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Padre/Madre/Tutor: Por favor, devuelva su Consentimiento firmado y fechado a la oficina principal de la escuela de su hijo/a.

School Staff: Document the date on which the parent signed the Consent and the status under the Medicaid tab on the Student's page in Synergy SIS.