

Consentimiento para Tratamiento y Autorización de Facturación

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, padre/madre/tutor(a), doy mi consentimiento para que el distrito escolar de mi hijo(a) y/o la Oficina de Educación del Condado de Tulare (TCOE) brinden servicios de salud mental y conductual con el fin de mejorar el bienestar estudiantil, desarrollar habilidades y fomentar el apoyo social. El distrito escolar de mi hijo(a) y TCOE están comprometidos a apoyar el bienestar de todos los estudiantes mediante la provisión de servicios de salud mental y conductual. El apoyo puede incluir consejería, sesiones de desarrollo de habilidades, intervenciones en grupo y otros servicios relacionados diseñados para ayudar a los estudiantes a enfrentar desafíos personales, sociales y emocionales.

Doy mi consentimiento para que el distrito escolar de mi hijo(a) y/o la Oficina de Educación del Condado de Tulare (TCOE) brinden estos servicios por medio de telesalud cuando el proveedor de salud calificado lo considere apropiado. Los servicios de telesalud implican la prestación de servicios de salud mental y conductual mediante comunicaciones electrónicas entre un proveedor en un lugar y el niño(a) en otro lugar, usando audio/video o teléfono para completar el servicio. Toda la información discutida en una cita por telesalud estará sujeta a los mismos estándares de privacidad que una cita en persona. También entiendo que, al usar yo o mi hijo(a) un dispositivo personal para servicios de telesalud, el distrito escolar de mi hijo(a) y/o TCOE no tienen control ni autoridad para proteger la información de salud de mi hijo(a) que pueda almacenarse en dicho dispositivo en caso de que éste se pierda, sea robado o regalado.

Doy mi consentimiento para que el distrito escolar de mi hijo(a) y/o la Oficina de Educación del Condado de Tulare (TCOE) facturen al plan de seguro médico de mi hijo(a) por los servicios brindados bajo la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI). Entiendo que no se me cobrará personalmente por ningún servicio que reciba mi hijo(a) en la escuela. Entiendo que si mi hijo(a) es o puede llegar a ser elegible para recibir servicios bajo CYBHI, autorizo al distrito escolar de mi hijo(a) y/o TCOE a divulgar información del estudiante con el propósito limitado de facturación a los planes de seguro médico y para acceder al seguro médico para los servicios aplicables. Esto no afectará los beneficios de seguro que actualmente tengo o pueda recibir. Entiendo que esta información se utilizará únicamente con fines de facturación y permanecerá confidencial bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y/o la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), según corresponda.

Reconozco que mi consentimiento se aplica únicamente a los servicios ofrecidos por la Agencia Educativa Local (LEA, por sus siglas en inglés), sus proveedores designados y/o proveedores afiliados. Estoy consciente de que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento y optar por no recibir servicios de la LEA, sus proveedores designados y/o afiliados. Si decido hacerlo, lo notificaré a la LEA por escrito enviando una carta al distrito escolar o a la escuela de mi hijo(a). Entiendo que este formulario de consentimiento seguirá siendo válido hasta que la LEA reciba de mí una revocación por escrito.

Soy el padre, madre o tutor legal que está legalmente autorizado(a) para tomar decisiones de atención médica o decisiones médicas no urgentes en nombre del dependiente mencionado en este documento. Esta autorización y consentimiento entrarán en vigor al momento de mi firma y permanecerán vigentes, en relación con el dependiente, hasta la fecha en que el dependiente se gradúe del distrito escolar en el que está inscrito actualmente.

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha informado de la disponibilidad de estos servicios y doy mi consentimiento para la participación de mi hijo(a) según sea necesario. Entiendo que estos servicios son proporcionados por profesionales calificados y tienen como propósito apoyar el bienestar integral de mi hijo(a). Entiendo que si se requieren servicios adicionales o más intensivos, se me informará y se me dará la oportunidad de proporcionar mi consentimiento para dichos servicios de nivel superior.

Rol (marque uno): ☐ Estudiante (12+) ☐ Padre/Madre/Tutor(a) (Nombre en letra de molde) _____

Consentimiento para tratamiento:

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para facturación:

Firma: _____ Fecha: _____

Información de Seguro Médico

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

Tipo de seguro médico:

☐ Medi-Cal ☐ Anthem Blue Cross ☐ Health Net ☐ Blue Shield ☐ United Healthcare
☐ Otros: _____

Número de identificación del miembro: _____