

**Formulario de consentimiento e intercambio de información sobre la salud**

La **Oficina de Educación del Condado de Humboldt** participa en los programas **“LEA Medi-Cal Billing Option” (Opción de Facturación de Medi-Cal de la Agencia de Educación Local [LEA, por sus siglas en inglés])** y **“Child & Youth Behavioral Health Initiative Fee Schedule” (Cronograma de Honorarios de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes) (CYBHI, por sus siglas en inglés)**, que financian servicios esenciales de la salud y la salud mental para los alumnos. Al otorgar su consentimiento, nos autoriza a obtener financiamiento de Medi-Cal o aseguradoras privadas para ayudar a cubrir estos servicios sin costo alguno para usted. **Nunca se le cobrará por los servicios que el alumno pueda recibir.**

Su consentimiento permite a **Paradigm Healthcare Services, LLC**, nuestro socio de facturación, compartir de forma segura los registros necesarios con Medi-Cal o con los administradores externos (TPA, por sus siglas en inglés) del Cronograma de Honorarios de la CYBHI. Toda la información se gestiona de forma confidencial y está protegida por las leyes federales de privacidad, incluidas la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act) (FERPA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) (HIPAA, por sus siglas en inglés).

**Información del alumno (completar)**

Nombre legal del alumno: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del alumno: \_\_\_\_\_  
MM/DD/AAAA

Aseguradora principal: \_\_\_\_\_  
Nombre completo del plan de salud (p. ej., “Blue Shield, Medi-Cal”)

Titular principal de la póliza: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

ID de la póliza/del afiliado: \_\_\_\_\_  
Si tiene cobertura de Medi-Cal, utilizar el número BIC.

Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Opciones de consentimiento (marcar una)****Analizar la información a continuación e indicar su consentimiento.**

- El intercambio de información descrito en este acuerdo se realizará de conformidad con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act) (FERPA, por sus siglas en inglés) de 1974, como lo exige el Título 34 del Código de Regulaciones Federales, la Sección 1232(g) del Título 20 del Código de los Estados Unidos y la Sección 99 del Título 34 del Código de Regulaciones Federales.
- El distrito y Paradigm Healthcare Services, LLC divulgarán solamente los registros médicos pertinentes del expediente educativo de mi hijo para facturar a Medi-Cal o al programa del Cronograma de Honorarios de la CYBHI.
- Los registros se compartirán de forma segura con Medi-Cal y DHCS (TPA) para obtener el reembolso, y se mantendrá la confidencialidad de toda la información, de acuerdo con las leyes de privacidad FERPA e HIPAA.
- Entiendo que nunca se me cobrará por estos servicios.
- Entiendo que el consentimiento es voluntario y que puede revocarse en cualquier momento.

☐ **Autorizo** la divulgación de los registros de mi hijo y el acceso a sus beneficios con fines de facturación.

☐ **No autorizo** la divulgación de los registros de mi hijo con fines de facturación.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: \_\_\_\_\_