



## Autorización para consultar a la información

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Distrito escolar: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario de Autorización, usted permite que la escuela de su hijo, junto con la División de TennCare, los proveedores de atención médica de su hijo y la organización de atención administrada de TennCare de su hijo, intercambien documentos que contengan los expedientes educativos del menor. Los siguientes expedientes podrán ser divulgados:

1. El Programa Educativo Individualizado (IEP), Plan de Salud Individual (IHP), Plan de Servicios Individualizado (ISP) y/o Plan de Servicios Familiares Individualizado (IFSP) de su hijo;
2. Expedientes médicos y psicológicos, incluyendo información de este tipo que esté contenida en los expedientes educativos de su hijo, y
3. Los informes educativos, expedientes o resultados de evaluaciones de educación especial relevantes contenidos en los expedientes educativos de su hijo

El propósito de permitir el intercambio de estos expedientes es facilitar la comunicación entre las personas que prestan los servicios de atención médica relacionados y la escuela de su hijo, para poder conversar sobre el menor y dichos servicios. Además, autorizar este intercambio de información permitirá que la escuela de su hijo verifique si el menor está inscrito en TennCare para así solicitar el reembolso correspondiente por los servicios de salud escolares elegibles en virtud de la ley de educación para personas con discapacidades (IDEA).

Si firma este formulario de Autorización, estará dando su consentimiento para que los expedientes antes mencionados se divulguen a la agencia de educación local (distrito escolar), sus agentes de facturación, los médicos del asegurado y a los representantes de TennCare según sea necesario.

**Nota:** No está obligado a firmar este formulario de Autorización para que su hijo reciba los servicios establecidos en su IEP, IHP, ISP o IFSP. Estos servicios se le seguirán prestando a su hijo sin costo alguno para usted. Si decide firmar el formulario de Autorización, tiene derecho a retirar o revocar su consentimiento en cualquier momento enviando una carta al director de educación especial del sistema escolar de su hijo. Revocar su consentimiento no exime al distrito escolar de su responsabilidad de prestar los servicios requeridos a su hijo sin costo para usted.

Al firmar este formulario, manifiesto lo siguiente:

- ✓ He recibido una copia del Aviso de acceso a la información.
- ✓ Comprendo y acepto que (nombre del distrito escolar) puede consultar a la información de los beneficios públicos o seguro de mi hijo para gestionar el reembolso de los servicios prestados según lo indicado en el IEP, IHP, ISP o IFSP.
- ✓ Comprendo y acepto que los expedientes e información antes mencionados pueden ser divulgados a las personas u organizaciones identificadas anteriormente, para los fines descritos en esta autorización.
- ✓ Comprendo que esta autorización tendrá validez mientras mi hijo reciba servicios que califiquen para ello, o hasta que yo revoque mi consentimiento.



FECHA: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_