

**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: \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO**

¿Tiene su hijo TENNCARE? (circule uno):

**SÍ**

**NO**

Si **NO**, usted no necesita completar este formulario.

En caso afirmativo, cuál es su seguridad SOCIAL #:

o su TENNCARE ID #:

¿Qué tipo de TennCare? (circule uno):

**BLUECARE**

**TENNCARE SELECT**

**UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN**

**AMERIGROUP**

**INFORMACIÓN DE MÉDICO**

Médico de su hijo:

Número de teléfono:

**INFORMACIÓN DE SALUD**

Por favor indique cualquier problemas/enfermedades que su hijo ha sido diagnosticado:

### Aviso de acceso a la Información

Este Aviso es para informarles a los padres que es posible que se acceda a la siguiente información para que la escuela de su hijo/a proporcione educación especial o servicios relacionados:

- Información sobre seguros o beneficios públicos de los padres, tutores legales e hijos/as, Y
- Los registros educativos del/de la niño/a, incluidos su Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP), Plan de Salud Individualizado (Individual Health Plan, IHP), Plan de Apoyo Familiar Individualizado (Individualized Family Support Plan, IFSP) y cualquier información médica o de identificación personal contenida en los registros educativos del/de la niño/a.

Junto con este Aviso, recibirá un formulario de Divulgación de información. El formulario de Divulgación de información permite que la escuela de su hijo/a, TennCare, los proveedores de atención médica de su hijo/a y la organización de atención administrada de TennCare de su hijo/a divulguen documentos entre sí en los que se incluyan registros educativos con respecto a su hijo/a. Podrán divulgarse los siguientes registros:

1. El IEP, IHP o IFSP de su hijo/a;
2. Registros médicos y psicológicos, 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 evaluaciones relevantes que se incluyen en los registros educativos de su hijo/a

El objetivo de permitir que se compartan estos registros es que las personas que prestan servicios de atención médica puedan hablar con la escuela de su hijo/a con respecto a su hijo/a y sobre estos servicios. Además, permitir que se compartan estos registros también ayuda a que la escuela de su hijo/a pueda verificar si su hijo/a participa en TennCare, de modo que la escuela pueda solicitarle a TennCare que pague los servicios médicos elegibles prestados en la escuela, de conformidad con lo establecido por la Ley de Educación para las Personas con Discapacidades. Si firma este formulario de Divulgación de información, dará su autorización para que se divulguen los registros indicados arriba al Departamento de Educación, los distritos escolares o su(s) agente(s) de facturación, el/los médico(s) del asegurado y los representantes de TennCare, según sea necesario. Esta divulgación será válida mientras su hijo/a reciba servicios que reúnan los requisitos o hasta que usted retire o revoque su consentimiento.

**Nota:** No es obligatorio que firme este formulario de Divulgación de información para que su hijo/a reciba los servicios prestados por su IEP, IHP o IFSP. Se seguirán prestando dichos servicios a su hijo/a sin costo alguno para usted. Si firma este formulario, tiene derecho a retirar o revocar su consentimiento en cualquier momento enviando una carta al director de Educación Especial.

Ni TennCare ni la escuela pueden hacer lo siguiente:

- Exigirle que inscriba o registre a su hijo/a en TennCare o en cualquier programa de seguro o beneficios públicos para que su hijo/a pueda obtener una educación pública adecuada y gratuita;
- Exigirle que realice un pago de bolsillo de un monto de deducible o copago para presentar una reclamación de servicios;
- Utilizar los beneficios de TennCare de su hijo/a con los siguientes fines:
  - disminuir la cobertura de por vida disponible de su hijo/a u otro beneficio asegurado, O BIEN
  - hacer que usted pague los servicios que de otro modo estarían cubiertos por TennCare u otro programa mientras su hijo/a está en la escuela, O BIEN
  - aumentar el precio o interrumpir la cobertura del programa, O BIEN
  - hacer que su hijo/a se pierda los servicios a domicilio y en la comunidad debido a los costos generales del estado.



**\*\*\* Información de HIPAA y privacidad importante \*\*\***

**Organizaciones cubiertas por este aviso** Este aviso se aplica a las prácticas de privacidad del departamento de educación y puede aplicar a algunas subsidiarias y afiliados como departamento de educación. Información médica sobre pacientes puede compartirse entre estas organizaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La empresa obtiene o crea nuevas líneas de negocio, requiera para cumplir con los términos definidos en este aviso de prácticas de privacidad. **Acuerdo de privacidad HIPAA** cubierto entidad reconoce que está sujeta a la regla de privacidad (45 CFR partes 160 y 164) promulgaron del departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos con arreglo a la ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPAA), ley pública 104-191 y Health Insurance Portability. Departamento de educación ofrece servicios o bienes a entidad cubierta en cumplimiento de una o más relaciones contractuales se detalla a continuación y en adelante "contratos de servicios". **HIPAA Obligaciones y actividades** Departamento de educación se compromete a cumplir con lo dispuesto en la regla de privacidad como dicho término se define en la regla de privacidad y no utilizar o revelar más salud información protegida que como permitido o requerido por este acuerdo, los contratos de servicio, página 2 de 6 o como requiere la ley. En caso de cualquier conflicto entre este acuerdo y los contratos de servicios, regirán este acuerdo. Departamento de educación se compromete a utilizar las garantías procesales, físicas y electrónicas apropiadas para evitar el uso o divulgación de información de salud protegida distintos de los previstos en este acuerdo. Dijo salvaguardias deberán incluir, pero no se limitan a, que requieren a empleados a utilizar o divulgar información de salud protegida sólo como permitido o requerido por este acuerdo y teniendo relacionadas acciones disciplinarias para uso o divulgación según sea necesario. Departamento de educación exigirán a cualquier agente, incluyendo un subcontratista, a quien proporciona información de salud protegida recibió de, creado o recibido por departamento de educación de la entidad cubiertos o que ejerce las funciones para el departamento de educación que implican el uso, la custodia, la divulgación, la creación de, o acceso a información de salud protegida, a un acuerdo por un contrato escrito con el departamento de educación, a las mismas restricciones y condiciones que se aplican a través de este acuerdo al departamento de educación con respecto a dicha información. Departamento de educación se compromete a reducir, a la medida de lo posible, cualquier efecto nocivo que se sabe que el departamento de educación de un uso o divulgación de información de salud protegida por el departamento de educación en violación de los requisitos de este acuerdo. Departamento de educación está de acuerdo en exigir a sus empleados, agentes y subcontratistas informar inmediatamente, al departamento de educación, cualquier uso o divulgación de información de salud protegida en violación de este acuerdo y que informe a la entidad cubierta cualquier uso o divulgación de la información de salud protegida no previstas por este acuerdo. Si el departamento de educación recibe información de salud protegida de entidad cubiertos en un conjunto de registro designado, a continuación, departamento de educación se compromete a proporcionar acceso, a petición de la entidad cubiertos, a información de salud protegida en un designado registro establece, a entidad cubierta o, como dirigida por entidad cubierta, a un individuo a fin de cumplir los requisitos en 45 CFR § 164.524, siempre que el departamento de educación tendrá negocios al menos siete (7) días de entidad cubierta aviso para proporcionar acceso a, o entregar dicha información. Si el departamento de educación recibe información de salud protegida de entidad cubiertos en un conjunto de registro designado, entonces Departamento de educación se compromete a modificar cualquier información de salud protegida en un designado registro establece que la entidad cubierta dirige o acepta a los 45 CFR § 164.526 a petición de la entidad cubierto o un individuo y en el tiempo y forma designada por la entidad cubierta, siempre que el departamento de educación tendrá negocios al menos siete (7) días de aviso de entidad cubierta para hacer una enmienda. Departamento de educación se compromete a hacer sus prácticas internas, libros y registros como políticas y procedimientos e información de salud protegida, relacionados con el uso y la divulgación de información de salud protegida recibió de, creado por o recibidas por el departamento de educación en nombre de entidad cubierta disponible para la entidad cubiertos o al Secretario de la Secretaría de salud de Estados Unidos en servicios humanos o designatario de la Secretaría, de manera que designe la entidad cubierta o el Secretario, a efectos de determinar la entidad cubiertos o departamento de educación y tiempo "cumplimiento de la regla de privacidad. Departamento de educación está de acuerdo a información de documento de información de salud protegida e información relacionada con dicha información como sería necesario para la entidad cubierta para responder a una solicitud por un individuo de una contabilidad de divulgación de información de salud protegida de conformidad con el § de 45 CFR 164.528. Departamento de educación se compromete a proporcionar cubierto entidad o individuo, en tiempo y forma, designado por la entidad cubierta, la información recopilada de conformidad con este acuerdo, para permitir la entidad cubierta para responder a una solicitud por un individuo para y contabilidad de accesos de información de salud protegida de conformidad con el § de 45 CFR 164.528, siempre que departamento de educación tendrá al menos siete empresas (7) días de entidad cubierta de antelación para proporcionar acceso a, o entregar dicha información que incluirá, como mínimo, (a) fecha de divulgación; (b) el nombre de un tercero a quien se comuniquen la información de salud protegida y, si se conoce, la dirección de un tercero; c) breve descripción de la información divulgada; y (d) breve explicación del propósito y base para dicha divulgación. Departamento de educación está de acuerdo en que debe limitar cualquier uso, divulgación o solicitud de uso o divulgación de información de salud protegida por el mínimo necesario para lograr el propósito previsto de la uso, divulgación o solicitud de conformidad con los requisitos de la regla de privacidad. Departamento de educación representa a entidad cubierta que protección todos sus usos y accesos de la o las solicitudes, información de salud será el mínimo necesario de conformidad con los requisitos de la regla de privacidad. Entidad cubierta podrá, con arreglo a la regla de privacidad, razonablemente confiar en cualquier divulgación solicitado como mínimo necesario para el propósito declarado cuando la información es solicitada por el departamento de educación. Departamento de Educación reconoce que si el departamento de educación también es una entidad cubierta, como se define en la regla de privacidad, departamento de educación es independiente del departamento de educación, requiere "obligaciones contraídas en virtud de este acuerdo, para cumplir con los mínimos requisitos necesarios de la regla de privacidad al hacer cualquier solicitud de información de salud protegida de entidad cubiertos. Departamento de educación se compromete a adecuadamente y correctamente mantener todos salud información protegida recibió de, o creado o recibido en nombre de entidad cubiertos, los usos posteriores de documento y divulgación de tal información por departamento de educación como considere necesario y apropiado por la entidad cubierto y proporcionar la entidad cubierta con acceso razonable para examinar y copiar dichos registros y documentos durante horas de trabajo del departamento de educación. Departamento de educación está de acuerdo en que entidad cubierta podrá en cualquier momento revisar departamento de educación de "políticas de privacidad y los procedimientos necesarios para determinar si son coherentes con las políticas, procedimientos y prácticas de privacidad de la entidad cubierto y notificará sin demora el departamento de educación por escrito en relación con la entidad cubierta pueden creer razonablemente las modificaciones son necesarios para cumplir con requisitos de entidades cubiertos. Si el departamento de educación recibe una solicitud de una persona una copia de información su de salud protegida, y la información de salud protegida está en posesión exclusiva del departamento de educación, departamento de educación proporcionará las copias solicitadas al individuo y notificar a la entidad objeto de dicha acción. Si el departamento de educación recibe una solicitud de información de salud protegida en posesión de la entidad cubiertos o recibe una solicitud para ejercer otros derechos individuales establecidos en la regla de privacidad, departamento de educación notificará a la entidad cubierta de solicitud y enviar la solicitud a la entidad cubiertos. Departamento de educación asistirá luego entidad cubierta en responder a la solicitud. Departamento de educación se compromete a cooperar plenamente en buena fe con y para ayudar a la entidad cubiertos en el cumplimiento de los requisitos de la regla de privacidad. **Permitido utiliza y revelaciones** excepto como otra manera limitada en este acuerdo, el departamento de educación puede utilizar o divulgar información de salud protegida para realizar funciones, actividades y servicios para o en nombre de entidad cubiertos según lo especificado en los contratos de servicios, siempre que dicho uso o divulgación no violaría la regla de privacidad si se hace por entidad cubiertos. Excepto como otra manera limitada en este acuerdo, departamento de educación puede usar información de salud protegida según sea necesario para el departamento de educación 'adecuada gestión y administración o llevar a cabo las responsabilidades legales del departamento de educación. Excepto como otra manera limitada en este acuerdo, departamento de educación puede revela información de salud protegida para la adecuada gestión y administración del departamento de educación, siempre que las informaciones son requeridos por la ley, o siempre que, si el departamento de educación revela cualquier información de salud protegida a un tercero para tal efecto, departamento de educación entrará en un acuerdo por escrito con terceros que requieren el tercero: (a) mantener la confidencialidad de la información de salud protegida y no para utilizar o revelar más información excepto como requerido por ley o para el propósito para el cual fue divulgada y (b) notificar al departamento de educación de todas las instancias en que tenga conocimiento en el que es violada la confidencialidad de la información de salud protegida. Excepto como limitada lo contrario en este acuerdo, el departamento de educación puede usar información de salud protegida para proporcionar servicios de agregación de datos a la entidad cubiertos según lo permitido por 42 CFR § 164.504(e)(2)(I)(B). **Derechos individuales** Tiene derecho a ver u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de los accesos de su información médica hecha por la empresa o un departamento de educación por cualquier motivo, del tratamiento, pago o fines de operaciones de atención médica después de 14 de abril de 2003. Esta contabilidad incluirá la fecha hizo la revelación, el nombre de la persona o entidad la divulgación se hizo a una descripción de la información médica divulgada, el motivo de la divulgación y algunos otros datos. Si usted solicita una contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, puede haber un cargo basado en costos razonable para responder a esas peticiones adicionales. Póngase en contacto con la Oficina de privacidad para una explicación más detallada de las tasas que cobran por esas cuentas. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso o la divulgación de su información médica de la compañía. La empresa no tiene que aceptar esas solicitudes. La empresa sólo restringirá el uso o divulgación de su información médica como se indica en un acuerdo escrito firmado por un representante de la Oficina de privacidad en nombre de la empresa. Si usted cree razonablemente que te enviando información médica confidencial normalmente pondrá en peligro le, tiene el derecho de hacer una solicitud por escrito que la empresa comunicar esa información a usted por un método diferente o a una dirección diferente. La empresa debe acomodar su solicitud si es razonable, específica cómo y dónde para comunicarnos con usted y continúa permitir el cobro de la prima y pago de reclamaciones bajo su plan de salud. Usted tiene derecho a hacer una solicitud por escrito que la compañía modifica su información médica. Su solicitud debe explicar por qué se enmienda la información. La compañía puede negar su solicitud si la información médica que busca modificar no fue creada por la empresa o por otras razones permitidos por sus obligaciones legales. Si se rechaza su solicitud, la compañía proporcionará una explicación por escrito de la negación. Si no está de acuerdo, podrá presentar una declaración por escrito que se incluye con su información médica. Si la empresa acepta su solicitud, se hará esfuerzos razonables para informar a las personas que usted designe sobre esa enmienda. Se modificará cualquier divulgación futura de esa información. Si recibe este aviso en el sitio Web de la empresa o por correo electrónico (e-mail), puede solicitar una copia escrita de esta notificación por ponerse en contacto con la Oficina de privacidad. **Autoridades militares:** información médica del personal de las fuerzas armadas pueden presentarse a las autoridades militares en determinadas circunstancias. Información médica puede ser divulgada a autorizar a funcionarios federales, para poder legal inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. **Obligaciones** Departamento de educación es necesaria para mantener la confidencialidad de toda información médica conforme a las leyes y reglamentos (en lo sucesivo denominados "obligaciones"); proporcionar este aviso de prácticas de privacidad para todos los pacientes, informar a los pacientes de las obligaciones legales de la empresa; y asesorar a los pacientes de derechos adicionales en relación con su información médica. Debe seguir la política de Privacidad contenida en este aviso de su fecha de 14 de abril de 2003, hasta que este aviso es cambiado o reemplazado. Departamento de educación se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de esta notificación en cualquier momento, según lo permitido por las obligaciones legales. Los cambios realizados en estas prácticas de privacidad será efectivos para toda la información médica que se mantiene, incluye información médica creada o recibida antes de la se realizan cambios. Todos los pacientes se notificará cualquier cambio por recibir un nuevo aviso de prácticas de privacidad de la empresa. Puede solicitar una copia de este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento contactando al departamento de educación en la dirección en la parte inferior de este aviso. **Preguntas Y quejas** Si desea más información sobre la privacidad de la empresa prácticas o tiene preguntas o dudas, póngase en contacto con la Oficina de privacidad. Si le preocupa que: (1) la empresa ha violado sus derechos de privacidad; (2) usted no está de acuerdo con una decisión hecha sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo enmendando o restringir el uso o divulgación de su información médica; (3) para solicitar que la empresa se comunique con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas; Póngase en contacto con la Oficina de privacidad. También puede presentar una denuncia por escrito a los Estados Unidos departamento de salud y servicios humanos. La empresa proporcionará la dirección donde usted puede presentar una queja del departamento de salud y servicios humanos con los Estados Unidos a petición. La compañía apoya su derecho a proteger la privacidad de su información médica. No habrá ninguna represalia en absoluto si decide presentar una queja con el departamento de educación o con el estadounidense departamento de salud y servicios humanos.