Formulario de consentimiento de los padres

Este es un formulario de consentimiento de los padres diseñado para informarle y solicitar su permiso para la información del seguro de Medicaid de su estudiante. El propósito de este formulario es determinar la elegibilidad con Medicaid para los propósitos de facturación de JAG KY por los servicios prestados.

De conformidad con la ley, no divulgaremos ninguna información de identificación personal sin el consentimiento previo por escrito de usted como padre o tutor. La información de identificación personal incluye los nombres de los estudiantes, el número de identificación del seguro, las direcciones residenciales, la dirección de correo electrónico y los números de teléfono. Si usted, como padre o tutor, desea rescindir este acuerdo, puede hacerlo en cualquier momento.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que utilicemos y revelemos su información personal a Medicaid para fines de elegibilidad y facturación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, esa revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, lo entiendo:

- Doy consentimiento a JAG KY para obtener la información del seguro de Medicaid de mi estudiante con el propósito de la elegibilidad y facturación de los servicios de Medicaid proporcionados por JAG KY
- JAG KY se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permitido por la ley.
- JAG KY tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero JAG KY no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones completas cesarán entonces.

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seleccione MCO: ☐Aetna Better Health ☐Anthem ☐Humana CareSource ☐Passport Health ☐WellCare

Identificación de suscriptor/miembro de Medicaid: _____

Nombre de la escuela: _____

Este consentimiento fue firmado por: _____
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, POR FAVOR)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____