

Permiso de los Padres Para la Entrega de Información

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Doy permiso a tiny-k Intervention Program a compartir la apropiada información acerca del estudiante cuyo nombre está en la lista de la Kansas Health Policy Authority para que tiny-k Early Intervention pueda obtener un reembolso, si es aplicable, por cualquier servicio relacionado a la salud que sea reclamable bajo el Medicaid Program Title XIX o el Title XXI State Child Health Insurance Program.

De acuerdo con lo anterior, entiendo que tiny-k Early Intervention, también puede necesitar obtener una "Prescripción Médica" por algunos o todos los servicios relacionados a la salud que se proveen al menor. En este asunto, yo aquí doy permiso a tiny-k Early Intervention, si es aplicable, a compartir porciones del plan del menor, Individual Family Service Plan (IFSP), con un profesional calificado del cuidado de salud para obtener tal "Prescripción Médica."

Nombre del  
Médico: \_\_\_\_\_

Persona a Contactar: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que si tiny-k Early Intervention es requerida para proveer ciertos servicios relacionados a la salud a cualquier menor que tenga un IFSP, este se dará sin ningún costo adicional a los padres o tutores del menor. También entiendo que mi firma, o falta de mi firma en este formulario, no afectará para que tales servicios sean suministrados al menor.

Yo entiendo todo lo dicho anteriormente y aquí doy todos los permisos referenciados arriba por el período del 1º de julio del 2007 al 30 de junio del 2009.

FIRMAS(S) DE/  
PADRE(S)/TUTORE(S): \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Información del Estudiante

Y

### Autorización para la Entrega de Información Para el Cobro a Medicaid

Por la presente autorizo a entregar información al proveedor de salud de mi hijo/hija cuando sea necesaria para verificar un diagnóstico médico por los servicios suministrados relacionados a la salud como está establecido en el Plan de Servicios Familiar Individualizado (IFSP).

Por la presente autorizo para entregar a la Southeast Kansas Education Service Center y a SPECTRA, el diagnóstico médico cuando sea solicitado con respecto a la IFSP.

Firma de los Padres/Tutor: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(como aparece en la tarjeta Medica)

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección de Domicilio Actual del Estudiante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre Adoptivo/Madre Adoptiva: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico del Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Teléfono con Código del Área del Médico: \_\_\_\_\_

