

## Consentimiento de Padre / Tutor para compartir la información a efectos de facturación de Beneficios Públicos y Seguros

- Doy permiso a la escuela de mi hijo para compartir información sobre la educación y la salud relacionados de mi hijo y para facturar por servicios educativos relacionados con la salud en relación con la realización de la evaluación realizado y / o el IEP y para facturar por esos servicios.
  
- No doy** permiso a la escuela de mi hijo para compartir información educativa e información relacionada con la salud de mi hijo ni para facturar por servicios educativos relacionados con la salud.

---

Nombre del Escuela

Número de identificación de Medicaid

---

Nombre Completo del Estudiante

Fecha de Nacimiento

---

Nombre del Padre / Tutor (Imprimir)

---

Firma del padre / tutor

Fecha

**\*\*FAVOR DE REGRESAR ALA ESCUELA DE SU HIJO/A\*\***