



**FORMA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAID
PARA SERVICIOS DE LA PARTE C
INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)**

NOMBRE DEL NIÑO(A): _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NÚMERO DE MEDICAID DEL NIÑO(A): _____

NOMBRE DE LOS PADRES: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

(Ponga sus iniciales en una de las opciones)

Doy mi consentimiento. Doy mi consentimiento al programa Conexiones “Birth to Three” para referir cuentas financieras (facturas) a Medicaid para cubrir servicios recibidos. Autorizo a Medicaid para hacer dichos pagos al proveedor del programa Conexiones “Birth to Three”. Autorizo la liberación de cualquier información necesaria al proveedor del programa Conexiones “Birth to Three” hacia Medicaid para solicitar el pago de los beneficios de Medicaid. Entiendo que si tengo seguro de salud privado, Medicaid tiene el derecho de recuperar los costos por parte de mi seguro de salud privado. Estos costos pueden contar en contra del límite de por vida de mi seguro de salud privado. Entiendo que puedo anular este permiso en cualquier momento al notificárselo a mi coordinador de servicios del programa Conexiones “Birth to Three”.

No doy mi consentimiento.

Entiendo que todos los servicios serán proveídos a mi hijo(a), sin ningún retraso, sin tener en cuenta el estado de la cobertura de Medicaid durante el periodo de tiempo del IFSP. Si el nivel de los servicios incrementa durante la duración del IFSP, una nueva autorización de consentimiento debe ser firmada. Los servicios a ser recibidos deben ser documentados en el IFSP del niño(a).

Firma del Padre o Tutor Legal.

Fecha
