

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL SEGURO DE SALUD**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ ID de I-TEAMS \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica primaria (PCP por sus siglas en inglés) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del PCP (###) ###-#### \_\_\_\_\_

Mi Coordinador de Servicio me proporciono una copia del folleto "Una Guía Familiar para la Financiación de los Servicios de Intervención Temprana en Arizona" (GCI-1086A-S) e informo de mis derechos.

Sí  No 

Mi Coordinador de Servicio me explicó que si consiento a usar mi seguro de salud, no habrá gastos adicionales para mí (no copagos, deducibles, o tarifas) y le ayudará a cubrir los costos de la prestación de servicios de intervención temprana para mi hijo/a.

Sí  No 

Entiendo que si rechazo el uso de mi seguro de salud para los servicios de AzEIP, no se le denegarán los servicios de intervención temprana a mi familia.

Sí  No 

Mi Coordinador de Servicio me ha explicado cómo se financian los servicios de intervención temprana en Arizona con las agencias asociadas de AzEIP. Mi Coordinador de Servicio también me ha explicado los beneficios e impactos de usar mi seguro.

Sí  No 

Mi selección a continuación indica que acepto o declino voluntariamente que AzEIP, incluyendo sus proveedores, contratistas y subcontratistas, use mi(s) plan(es) de seguro para pagar por los servicios cubiertos de intervención temprana. Si estoy de acuerdo, también doy mi consentimiento para que se divulgue cualquier información que sea necesaria para presentar una reclamación usando mi plan de salud, que incluye compartir mi información de identificación personal y los registros de intervención temprana con mi(s) plan(es) de salud.

Si recibo una Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) o Notificación de Acción (NOA por sus siglas en inglés), entiendo que tengo la responsabilidad de proporcionar una copia a mi proveedor de intervención temprana, si lo solicita. Si recibo pagos de mi compañía de seguros para mi proveedor, tengo la responsabilidad de entregar el pago a mi proveedor de intervención temprana.

Yo tengo el derecho a cambiar de opinión sobre el consentimiento para usar mi seguro en cualquier momento. Yo entiendo que si en el futuro decido no dar mi consentimiento, esta decisión no afectará los servicios de intervención temprana que recibe mi familia. Este consentimiento es válido por un año (12 meses) a partir de la fecha de consentimiento a menos que lo revoque antes del final de ese tiempo, por escrito o cuando complete un nuevo Consentimiento para el uso del seguro de salud, lo que ocurra primero.

Si necesito información específica sobre la cobertura del seguro de mi hijo/a, es posible que tenga que visitar el sitio web de mi seguro o ponerme en contacto con el número de teléfono de atención al cliente que figura en la tarjeta.

Mi decisión para cada tipo de seguro se indica a continuación:

Seguro privado: Acepto (Sí)  Declino (No)  Mi hijo/a no tiene un plan de seguro privado.

Cuenta de ahorros para la salud (HSA por sus siglas en inglés): Acepto (Sí)  Declino (No)  Mi hijo/a no tiene una HSA.

Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA por sus siglas en inglés): Acepto (Sí)  Declino (No)

Mi hijo/a no tiene una HRA.

Seguro público: Acepto (Sí)  Declino (No)  Mi hijo/a no tiene un plan de seguro público.

Yo no doy mi consentimiento que usen uno o más de mi(s) plan(es) de seguro por la(s) siguiente(s) razón(es):

Me gustaría recibir ayuda de mi Coordinador de Servicio para aprender cómo obtener un seguro de salud.

Firma del Padre (Padre IDEA) \_\_\_\_\_ Fecha de consentimiento\* \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador de Servicio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Vea la página 3 para las declaraciones de EOE/ADA

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

ID de I-TEAMS

<b>TIPO DE SEGURO PRIMARIO* (Si corresponde)</b>		<b>Privado</b>	<b>Público</b>		
Nombre de la compañía de seguros o plan de salud*	Tipo de plan (EPO, PPO, HMO, etc.)				
Número de identificación del miembro o de AHCCCS*	Número de teléfono de atención al cliente de seguros				
Número de póliza (Si es diferente a la de arriba)	Nombre del miembro* (como está escrito en la tarjeta del seguro)				
Nombre del asegurado (Si es diferente al nombre del miembro)	Fecha de nacimiento del asegurado				
Empleador del asegurado (Si es aplicable para cobertura de grupo)	Número de grupo*				
Número de teléfono de atención al cliente de seguros	Dirección de reclamaciones				
Fecha inicial de la cobertura*	Fecha final de la cobertura* (Deje en blanco si no se conoce)				
¿Se ha cumplido el deducible para el año?      Sí      No      No estoy seguro      Sin deducible					
<b>TIPO DE SEGURO SECUNDARIO* (Si corresponde)</b>		<b>Privado</b>	<b>HSA</b>	<b>HRA</b>	<b>Público</b>
Nombre de la compañía de seguros o plan de salud*	Tipo de plan (EPO, PPO, HMO, etc.)				
Número de identificación del miembro o de AHCCCS*	Número de teléfono de atención al cliente de seguros				
Número de póliza (Si es diferente a la de arriba)	Nombre del miembro* (como está escrito en la tarjeta del seguro)				
Nombre del asegurado (Si es diferente al nombre del miembro)	Fecha de nacimiento del asegurado				
Empleador del asegurado (Si es aplicable para cobertura de grupo)	Número de grupo*				
Número de teléfono de atención al cliente de seguros	Dirección de reclamaciones				
Fecha inicial de la cobertura*	Fecha final de la cobertura* (Deje en blanco si no se conoce)				
¿Se ha cumplido el deducible para el año?      Sí      No      No estoy seguro      Sin deducible					

\* Información requerida en la base de datos de AzEIP.

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

ID de I-TEAMS

<b>TIPO DE SEGURO TERCARIO* (Si corresponde) Privado HSA HRA Público</b>	
<b>Coordinador de Servicio, por favor, póngase en contacto con la Asistencia Técnica de AzEIP para obtener ayuda para ingresar un tercer seguro en la base de datos de AzEIP</b>	
Nombre de la compañía de seguros o plan de salud*	Tipo de plan (EPO, PPO, HMO, etc.)
Número de identificación del miembro o de AHCCCS*	Número de teléfono de atención al cliente de seguros
Número de póliza (Si es diferente a la de arriba)	Nombre del miembro* (como está escrito en la tarjeta del seguro)
Nombre del asegurado (Si es diferente al nombre del miembro)	Fecha de nacimiento del asegurado
Empleador del asegurado (Si es aplicable para cobertura de grupo)	Número de grupo*
Número de teléfono de atención al cliente de seguros	Dirección de reclamaciones
Fecha inicial de la cobertura*	Fecha final de la cobertura* (Deje en blanco si no se conoce)
¿Se ha cumplido el deducible para el año?	Sí No No estoy seguro Sin deducible

\* Información requerida en la base de datos de AzEIP.