



Formulario de autorización para Educational Tutorial Services

Simply Healthcare Plans, Inc. — Florida Healthy Kids ofrece servicios de tutoría en el hogar para los afiliados sin ningún costo a través de Educational Tutorial Services (ETS). La tutoría remota y en línea también son opciones. Al completar este formulario, el afiliado o su padre/tutor legal le permite a Simply — Florida Healthy Kids obtener y compartir los datos del afiliado con ETS. Los datos serán compartidos para fines de coordinar los servicios de tutoría y en un esfuerzo por apoyar al afiliado durante la extensión de sus servicios.

Información del afiliado

Nombre completo: _____ Sexo: Femenino Masculino

ID del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: __/__/_____

Número(s) telefónico(s): _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información educativa

Nombre del maestro: _____

Nombre de la escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Grado: _____ Promedio actual de calificaciones (GPA): _____

Año escolar para los servicios propuestos: _____

Materia(s) que requiere(n) servicios de tutoría:

Inglés Matemáticas Literatura Ciencias

Firme y envíe por correo electrónico este formulario a FLMembers@simplyhealthcareplans.com. Envíe el formulario por correo electrónico como adjunto o como imágenes desde un teléfono inteligente.

Entiendo que Simply — Florida Healthy Kids tal vez necesite divulgar solo la menor cantidad de Información médica protegida (PHI) debido a esta autorización (aprobación), la cual podría incluir:

- La información de contacto del afiliado
- La información en este formulario, junto con información educativa
- Las discapacidades de aprendizaje del afiliado, ADHD y problemas del comportamiento, si hubiese, que podrían impactar directamente su capacidad de aprender

Otra información de salud no será compartida con el tutor.

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, estoy de acuerdo y autorizo a Simply — Florida Healthy Kids a usar y divulgar información del afiliado a ETS para coordinar servicios de tutoría. Entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. También sé que Simply — Florida Healthy Kids no requiere que firme este formulario para que el afiliado:

- Reciba tratamiento
- Reciba pago
- Se inscriba
- Sea elegible para beneficios del plan de salud

Sin embargo, entiendo que Simply — Florida Healthy Kids tal vez no pueda referir al afiliado a Educational Tutorial Services a menos que yo se los permita.

Tengo derecho a retirar (sacar) esta autorización en cualquier momento diciéndole a Simply — Florida Healthy Kids por escrito. Esta autorización estará activa hasta que sea retirada o los servicios de tutoría hayan terminado, lo que ocurra primero. Entiendo que retirar esta autorización no afectará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También sé que la persona o el grupo al que le divulguen la información podría entregarla. De ocurrir esto, la Regla de privacidad de la HIPAA podría no protegerla ya. Tengo derecho a una copia de este formulario.

Firma (padre o tutor si el afiliado es menor de edad)

Fecha