



CalOptima Health

Formulario de consentimiento de transporte para un menor

Yo, _____ (escribir el nombre del padre/madre o tutor legal), doy mi consentimiento para que mi menor dependiente, _____ (escribir el nombre del miembro), sea trasladado por el transporte no médico de CalOptima Health (Non-Medical Transportation, NMT) o por los proveedores de servicios de transporte médico que no es de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT). Comprendo que, al dar mi consentimiento, permito que los proveedores de servicios de transporte trasladen a mi menor dependiente a citas aprobadas sin que un padre o tutor legal lo acompañe.

He leído y comprendo este Formulario de consentimiento de transporte para un menor. Por medio de la presente autorizó que el proveedor de NMT o de NEMT de CalOptima Health traslade al menor dependiente nombrado anteriormente.

Como padre o tutor legal, soy legalmente responsable de cualquier acción personal que tome el menor nombrado anteriormente.

El Formulario de consentimiento de transporte para un menor es válido por 1 año a partir de la fecha en que fue firmado.

Apellido del menor dependiente: _____

Nombre del menor dependiente: _____

CIN de CalOptima Health del menor dependiente: _____

Fecha de nacimiento del menor dependiente: _____

Nombre impreso del padre/madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma del padre/madre o tutor legal

Nombre de un contacto de emergencia: _____

Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

Envíe este formulario por correo electrónico a mcalenrollment@caloptima.org.