

**Programa de Transporte Médico de Driscoll Health Plan**  
**Consentimiento para el traslado de menores (15 a 17 años) sin acompañante**

Nombre completo del/de la menor:	
Número de Medicaid:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

1. Yo, \_\_\_\_\_,  
con domicilio en (dirección) afirmo por la presente que soy el tutor legal del/de la menor mencionado/a arriba.
2. Otorgo consentimiento para que dicho/a menor se traslade sin acompañante desde y hasta los establecimientos correspondientes para recibir servicios médicos cubiertos por Medicaid que no son de emergencia y a través de los proveedores de transporte contratados por Driscoll Health Plan y SafeRide.
3. Al otorgar este consentimiento y la exoneración de responsabilidad, confirmo que el/la menor es plenamente capaz para ser trasladado/a sin un acompañante adulto, no necesita un acompañante que le brinde apoyo emocional ni de ningún otro tipo, no tendrá conductas perturbadoras y seguirá todas las normas indicadas por el conductor.
4. Entiendo que si alguna de las condiciones establecidas en el párrafo 3 dejaran de cumplirse, Driscoll Health Plan y SafeRide no volverán a transportar al/a la menor sin un acompañante.
5. Asimismo, en caso de que cesara mi condición de tutor legal del/de la menor, cualquiera sea el motivo, me comprometo a dar aviso de ello a Driscoll Health Plan y a SafeRide, así como a informar el nombre y la dirección del nuevo tutor legal, en un plazo máximo de 48 horas.

En consideración de la aceptación de Driscoll Health Plan y SafeRide de transportar al/a la menor sin un acompañante, exonero por la presente a Driscoll Health Plan, a SafeRide y a sus empleados, funcionarios, agentes y subcontratistas de toda responsabilidad, acción legal o reclamo que se origine en relación con el transporte del/de la menor por parte de Driscoll Health Plan, SafeRide y sus subcontratistas.

Envíe el formulario llenado a la dirección o al número fax que se indica abajo. El formulario llenado debe figurar en los archivos de la oficina de SafeRide para poder programar cualquier viaje del/de la menor sin un acompañante.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL/DE LA MENOR AL/A LA QUE  
CORRESPONDE ESTE CONSENTIMIENTO

**Llenar este formulario y enviarlo por correo postal a:**  
**SafeRide Health Forms**  
**106 Jefferson St., Suite 300**  
**San Antonio, TX 78205**  
**O enviarlo por fax a: 1-888-534-9598**

