



18302 Talavera Ridge, Suite 300, San Antonio, TX 78257
Phone: (833) 944-0517 | Fax: (888) 534-9598
Email: Molina_Authorizations@saferidehealth.com

Consentimiento para menores (de 15 a 17 años) para viajar sin acompañante
Molina Healthcare of Texas, Inc.

Yo, _____, con domicilio en _____
(dirección), por la presente afirmo que soy el tutor legal de _____
(nombre del menor), de _____ años de edad (el "Miembro"). Su número de Medicaid es
_____, y su fecha de nacimiento es _____.

Autorizo que _____ (nombre del menor) viaje sin acompañante cuando se traslade hacia y desde instalaciones para servicios cubiertos por Medicaid con cualquier proveedor de transporte bajo contrato con SafeRide Health, en relación con su transporte para servicios médicos no de emergencia.

Al otorgar este consentimiento y liberación de responsabilidad, declaro que el miembro es plenamente capaz de ser transportado sin la compañía de un adulto. Afirmo que el miembro no será disruptivo, seguirá todas las reglas comunicadas por el conductor y no necesita un acompañante para brindar apoyo emocional ni ningún otro tipo de asistencia.

Entiendo que si alguna de las declaraciones en este consentimiento deja de aplicarse, entonces SafeRide Health ya no transportará al miembro sin un acompañante.

Acepto informar a SafeRide Health dentro de las 48 horas si, por cualquier motivo, dejo de ser el tutor legal del miembro y notificar a SafeRide Health el nombre y la dirección del nuevo tutor legal. Al recibir aviso de este cambio, este consentimiento quedará inmediatamente revocado.

En consideración del acuerdo de SafeRide Health de transportar al miembro sin acompañante, por la presente libero a SafeRide Health y a sus empleados, oficiales, agentes, abogados y subcontratistas de toda responsabilidad, causas de acción o reclamaciones relacionadas con el transporte del miembro por SafeRide Health y sus subcontratistas.

Envíe el formulario completo a la dirección indicada anteriormente. El formulario completo debe estar archivado en la oficina de SafeRide Health para que se puedan programar viajes sin acompañante para el menor.

_____ FIRMA DEL TUTOR

_____ NOMBRE DEL TUTOR EN LETRA DE MOLDE

_____ FECHA DE FIRMA