



Programa de Transporte Médico de Superior HealthPlan
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):

- Yo, _____,
con domicilio en _____ (dirección) afirmo por la presente que soy el tutor legal del/de la menor mencionado/a arriba.
- 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 Superior HealthPlan y SafeRide.
- 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.
- Entiendo que si alguna de las condiciones establecidas en el párrafo 3 dejaran de cumplirse, Superior HealthPlan y SafeRide no volverán a transportar al/a la menor sin un acompañante.
- 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 Superior HealthPlan 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 Superior HealthPlan y SafeRide de transportar al/a la menor sin un acompañante, exonero por la presente a Superior HealthPlan, 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 Superior HealthPlan, 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