

Programa de viaje médico de Superior HealthPlan
Formulario de asistente autorizado por los padres



Nombre del Niño/Niña (Nombre/Apellido):	
Número de Medicaid:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):

Mi Nombre es _____. Le he pedido al programa de viaje médico de Superior proporcionado por SafeRide que configure viajes para llevar a mi hijo a y desde los servicios de atención médica cubiertos por Medicaid.

Relación con el niño/niña:	Nombre, Apellido:
☐ Madre/Padre	Dirección:
☐ Guardian	Número de teléfono:
	Dirección de correo electrónico:
	☐ Deseo recibir correos electrónicos y mensajes de texto sobre el viaje de mi hijo.*

He elegido a los adultos siguientes como "asistentes". Estos adultos están autorizados a ir con mi hijo hacia y desde Medicaid. Visitas de atención médica cubiertas.

Asistente autorizado	Nombre, Apellido:
	Dirección:
	Número de teléfono:
Asistente autorizado	Nombre, Apellido:
	Dirección:
	Número de teléfono:

Es mi elección autorizar a estas personas a ser asistentes. Al firmar este formulario, demuestro que conozco los riesgos que conlleva. Con permitir que otra persona viaje con mi hijo en viajes de atención médica establecidos a través del Programa de Viaje Médico de Superior. Sé que este acuerdo permanecerá vigente hasta que lo cambie o lo reemplace.

Al firmar a continuación, Juro que, a mi leal saber y entender, las personas autorizadas mencionadas anteriormente no son Proveedores de servicios o empleados o afiliados a un proveedor de servicios de Medicaid.

Firma de Madre/Padre o Guardian

Fecha

Deben suceder dos cosas antes de que los asistentes autorizados mencionados anteriormente, puedan viajar con El niño/niña desde y hacia el cubierto.

1. Este formulario debe estar registrado en SafeRide o entregarse al conductor cuando recoja al niño/niña para la visita de atención médica
2. El asistente autorizado también debe mostrarle al conductor una identificación con fotografía.

Llénelo y envíelo:
SafeRide Health Alternate Transportation
18302 Talavera Ridge, Suite 300|San Antonio, TX 78257
Correo electrónico:
SHP_Authorizations@saferidehealth.com
Fax: 1-888-534-9598

**Al confirmar que desea recibir comunicaciones electrónicas, acepta recibir información, incluida información de salud protegida y materiales de marketing, en su dirección de correo electrónico/número de teléfono. La comunicación electrónica no es tan segura como la comunicación a través de nuestro portal seguro para miembros o por teléfono. Elegir recibir información electrónicamente siempre es opcional. Puede recibir la misma información de forma segura y no electrónica si la solicita. Puede darse de baja en cualquier momento haciéndonos saber que desea dejar de recibir comunicaciones electrónicas.*