

## Formulario de consentimiento para el transporte de un menor de edad

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre/madre o tutor), otorgo permiso a Health Plan of San Mateo ("HPSM") y/o al proveedor de beneficios de traslados de HPSM para que organicen [servicios de transporte médico y/o no médico que no sean de emergencia] para que mi dependiente menor de edad, \_\_\_\_\_ (nombre del menor), pueda trasladarse por su cuenta a sus citas médicas aprobadas y recibir servicios de atención médica. Comprendo que al llenar y enviar este formulario estoy otorgando mi consentimiento informado por escrito para que mi dependiente menor de edad viaje sin uno de sus padres o tutor legal en vehículos con conductores asignados por HPSM o por el proveedor del beneficio de traslados de HPSM. También comprendo y acepto que soy legalmente responsable de las acciones de mi dependiente menor de edad no acompañado durante los traslados.

Con mi firma al calce, declaro y acepto que soy el padre, la madre o el tutor legal del menor de edad dependiente mencionado y que tengo la autoridad legal para otorgar este consentimiento. Reconozco que este consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que retire mi consentimiento antes poniéndome en contacto con HPSM o que yo ya no tenga la autoridad legal para otorgar este consentimiento, en cuyo caso acepto notificar de inmediato a HPSM.

Nombre del dependiente menor de edad: \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro de HPSM del dependiente menor de edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del dependiente menor de edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto en caso de emergencia (si el padre/madre/tutor no está disponible): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

### Para presentar este formulario, envíelo por email o fax a Servicios al miembro de HPSM:

- Email: [memberservicessupport@hpsm.org](mailto:memberservicessupport@hpsm.org)
- Fax: 650-616-8581

Si tiene alguna pregunta o requiere ayuda con este formulario, llame a Servicios al miembro de HPSM al 1-800-750-4776.

Se notificará al padre/madre/tutor por teléfono tras la aprobación de la solicitud de traslado sin acompañante.

Por favor, espere 2 días hábiles para recibir la aprobación.