



### Formulario de autorización para los padres del Programa de Transporte Médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de programa:  Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales  Medicaid

Mi nombre es \_\_\_\_\_. Soy el padre o tutor legal del niño que se menciona arriba. Le he pedido al Programa de Transporte Médico que coordine transporte para las citas de servicios de atención médica cubiertas por Medicaid o por el Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales (CSHCN). En la tabla de abajo menciono mis datos y los de otros adultos que escogí para que sean “acompañantes”. Autorizo a estos adultos a ir con mi niño desde y hasta las citas de servicios de atención médica cubiertos por Medicaid o por el Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales (CSHCN).

	Ayudante	Primero, Medio, Apellido de Nombre	Dirección	Número de teléfono
1	Madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/>			
2	Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/>			
3	Acompañante Autorizado 1			
4	Acompañante Autorizado 2			

Es mi decisión autorizar a estas personas para ser acompañantes. Al firmar este formulario, demuestro que entiendo los riesgos de permitir que otra persona viaje con mi niño para ir a citas de servicios de atención médica coordinadas mediante el Programa de Transporte Médico. Este acuerdo será válido hasta que lo cambie o lo reemplace.

- **Al firmar a continuación Juro que , a lo mejor de mi conocimiento , los adultos autorizados mencionados anteriormente no son 1 ) el médico o especialista en la prestación de Servicios de Medicaid del niño , y 2) un empleado de ese proveedor de Medicaid , o 3) a alguien pagado por ese proveedor.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dos cosas tienen que suceder antes de que los acompañantes autorizados puedan viajar de ida y vuelta con el niño a los servicios médicos cubiertos:

- 1) Este formulario tiene que estar en los archivos del Programa de Transporte Médico o debe entregárselo al conductor cuando recoja al niño para la cita médica.
- 2) El acompañante autorizado también tiene que mostrarle al conductor su identificación con foto.

Envíe el formulario por correo a: **ARM 7509 South Freeway Houston, Texas 77021**

**O**

Envíe el formulario por fax a: **713-741-4219**