



Formulario de Consentimiento de los Padres

Nombre del Niño: _____

Apellido del Niño: _____

Número de Medicaid del Niño: _____

Mi nombre es _____ Yo soy el padre / guardián /
custodio legal de _____, que es la edad de 15-
17 años.

Doy permiso para establecer paseos para mi hijo / hija / menor que se menciona en esta forma AMR.
Entiendo estos paseos llevarán a mi hijo / hija / menor para y de la cita médica Medicaid /CSHCN.
Además, entiendo AMR puede proporcionar estos paseos cuando yo no soy capaz de viajar y ningún otro
adulto es capaz de hacer el viaje.

Este Formulario de Consentimiento de Padres es efectivo cuando lo firmo. Entiendo que se mantendrá en
efecto hasta que yo escribo a AMR y pido que este contrato se cancela o hasta que otra persona con
autoridad escribe y pide que el contrato se cancela.

Imprime su nombre

Cómo es su relación con el niño?

Su Firma

La fecha de hoy

Envíe este formulario a:
American Medical Response
Claims Department
7509 South Freeway
Houston, TX 77021

Fax este formulario a:
713-747-9453