



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PADRE PARA EL PROGRAMA DE TRANSPORTE MEDICO**

Nombre del niño: _____	Número de Medicaid: _____
Fecha de nacimiento: _____	Tipo de programa: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CSHCN

Mi nombre es \_\_\_\_\_. Yo soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Le he pedido a LogistiCare que establezca los viajes de transporte medico de mi hijo cubiertos por Medicaid o el programa de CSHCN. En la tabla siguiente yo indico quienes son las personas adultas autorizadas como “ayudantes”. Estos adultos están autorizados para viajar con mi niño/a a sus citas médicas cubiertas por Medicaid o CSHCN.

	Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido	Domicilio	Número de teléfono
Padre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/>			
Padre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/>			
Adulto Autorizado 1			
Adulto Autorizado 2			

Es mi elección autorizar a estas personas a ser asistentes. Al firmar este formulario, estoy mostrando que yo entiendo el riesgo de permitir que otra persona viaje con mi hijo en viajes de salud a través de LogistiCare. Sé que este acuerdo permanecerá en vigor hasta que cambie o sea reemplazado.

- **Al firmar a continuación yo juro que, a lo mejor de mi conocimiento, los adultos autorizados nombrados anteriormente no son 1) el médico o especialista de Medicaid el cual está proporcionando servicios al niño, 2) un empleado del proveedor de Medicaid, o 3) alguien pagado por dicho proveedor.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dos cosas deben suceder antes de que los asistentes autorizados mencionados pueden acompañar al niño a sus citas de servicios de salud cubiertos;

- 1) Esta forma debe ser archivada con LogistiCare o se puede prestar al conductor como comprobante cuando el chofer llegue por el niño para llevar hasta su cita médica.
- 2) El acompañante autorizado también debe mostrar al conductor una identificación con foto.

**Llene y envíe por correo este formulario: LogistiCare soluciones 12234 N IH 35, Bldg. B Suite 175, Austin, TX 78753 o  
Llene y envíe este formulario por fax: 1-855-864-0970**