

**Transporte médico y no médico que no sea de emergencia de Access2Care  
Autorización del padre/madre/tutor - Transporte de un menor**

Nombre del menor: _____	Número de Medi-Cal: _____
Fecha de nacimiento: _____	Tipo de programa: <input type="checkbox"/> Medi-Cal

Yo, \_\_\_\_\_, declaro y afirmo que soy el/la padre/madre o tutor legal del menor antes mencionado. Le he solicitado a Access2Care junto con Aetna Better Health of California la coordinación de los viajes para trasladar a mi hijo hacia y desde los servicios de atención médica que cubre Medi-Cal sin la compañía de un adulto. En tal carácter, por la presente autorización otorgo mi consentimiento y permiso para que el menor antes mencionado viaje con un proveedor de Access2Care sin la compañía de un adulto.

Comprendo que al prestar mi consentimiento en este documento, declaro y afirmo que el menor antes mencionado cumplirá con todas las normas que establece Access2Care. Si el menor antes mencionado no cumple con dichas normas, entonces Access2Care puede exigir que un adulto lo acompañe en futuros viajes o consultas.

**Información de contacto y emergencia:**

	Primer nombre, segundo nombre y apellido	Dirección	Número de teléfono
Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>			
Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/>			
Contacto de emergencia			

**Programación:**

Dirección de partida	Fecha y hora de partida	Dirección de destino	Fecha y hora de la cita

Acuerdo y acepto lo siguiente:

- i. El niño estará listo para partir en la ubicación de partida especificada en el horario programado antes establecido.
- ii. De inmediato informaré a Access2Care sobre cualquier cambio o cancelación.
- iii. Este acuerdo tendrá vigencia hasta: (1) que lo modifique o reemplace; (2) que concluya la solicitud de un viaje de ida o de un viaje de ida y de vuelta; (3) que concluya el transporte periódico y continuo, y el menor ya no requiera transporte.

Declaro que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta.

Firma	Relación con el menor	Fecha
-------	-----------------------	-------

Antes de que el menor pueda trasladarse sin la compañía de un adulto hacia y desde los servicios de atención médica cubiertos:  
**1)** Este formulario debe registrarse en los archivos de Servicios de transporte de Aetna Better Health of California, Access2Care.

Complete y envíe este formulario por correo electrónico a [PCSWest@amr.net](mailto:PCSWest@amr.net) o envíelo por fax a **866-700-4977**.

**También puede enviarlo por correo a:**

ATTN: Care Coordination  
6363 S. Fiddler's Green Circle Ste. 1400  
Greenwood Village, CO 80111