

# Formulario de consentimiento para traslado de menor



Este formulario de autorización debe ser completado por un padre o el tutor legal antes de que un niño entre los 12-15 años pueda viajar sin la compañía de un adulto o asistencia.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
Primer nombre	Apellido
Número de Medicaid ID	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL	
Primer nombre	Apellido
Correo electrónico	Número de teléfono

Por medio de este documento, afirmo y declaro que soy el padre o el tutor legal del menor antes identificado. Este niño es elegible, a mi leal saber y entender, para recibir los servicios de HUSKY Health / Medicaid, incluyendo transporte de conformidad con el programa de Transporte Médico No Urgente (NEMT, por sus siglas en inglés) operado por Veyo bajo un contrato con el Estado de Connecticut. Por medio de este documento, autorizo a Veyo a coordinar y/o prestar el servicio de transporte para este niño sin la compañía de un adulto o asistencia. Al autorizar a Veyo a coordinar y/o prestar el servicio de transporte, por medio de este documento, exoneró e indemnizo a Veyo y a sus empleados, funcionarios, agentes, compañías matrices y afiliadas; y al Estado de Connecticut y a sus empleados, funcionarios, agentes y agencias de todas y cada una de las obligaciones, causas de acción judicial, o reclamos de cualquier naturaleza que surjan de o que estén relacionadas con el transporte suministrado al menor antes mencionado por Veyo y sus proveedores de transporte.

Al otorgar este consentimiento, declaro que el niño mencionado arriba:

- tiene 12 años de edad o más
- es capaz y lo suficientemente maduro para ser transportado sin un acompañante (un adulto distinto del conductor)
- no tendrá mal comportamiento en el vehículo
- seguirá todas las normas que le sean comunicadas por el conductor
- no necesita de un acompañante ni asistencia para proporcionar soporte emocional o de cualquier otro tipo

X \_\_\_\_\_

Nombre completo del tutor  
(en letra de imprenta)

X \_\_\_\_\_

Firma del tutor

\_\_\_\_\_

Fecha

Por favor, envíe el formulario completado por correo electrónico, correo o fax:

**Correo electrónico:** ctcc@veyo.com

**Fax:** 860-724-2159

**Correo:** Veyo

Atención: Coordinador Clínico

PO Box 1070

Windsor, CT 06095