



**KERN FAMILY HEALTH CARE (KFHC)
AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN
Consentimiento de un Menor para el Transporte No Médico (NMT)**

EXPLICACIÓN – Esta autorización permitirá que un miembro de KFHC, menor de 18 años, pueda recibir Transporte No Médico (NMT, para sus siglas en inglés) de ida y vuelta, para obtener servicios cubiertos por Medi-Cal solamente, no acompañado(a), sin un padre, tutor legal u otro adulto.

AUTORIZACIÓN - Yo, _____ (padre o tutor legal) por este medio autorizo:

Nombre del Miembro: _____

Número de Identificación de KFHC o Número de CIN: _____

Para ser transportado(a).

1. Al firmar esta autorización y divulgación, doy la autorización para que mi hijo(a) menor viaje de ida y vuelta para obtener servicios cubiertos bajo Medi-Cal, no acompañado(a) y sin la supervisión de un adulto. Además entiendo y acepto que el transporte de ida y vuelta puede ser proporcionado por, pero no está limitado a, un coche de pasajeros o a cualquier otro tipo de vehículo público o privado.
2. Por favor tenga en cuenta que al firmar este documento, Kern Health Systems, haciendo negocio como Kern Family Health Care, no es responsable por cualquier accidente, enfermedad, daños, pérdida de objetos personales u otros riesgos o peligros asociados con el viaje por transporte público o privado.
3. **TOTALMENTE ACEPTO Y ASUMO TODOS LOS RIESGOS Y TODA LA RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDAS, GASTOS Y DAÑOS** que yo o mi hijo(a) podamos incurrir como resultado de mi autorización de este transporte.
4. **POR ESTE MEDIO DIVULGO, LIBERO, EL CONVENIO PARA NO DEMANDAR Y ESTAR DE ACUERDO CON INDEMNIZAR, PROTEGER Y SOSTENER AL INOFENSIVO KFHC y a sus agentes, miembros del consejo, funcionarios y oficiales elegidos y designados, empleados, voluntarios y representantes autorizados (“KFHC”) de TODOS LOS RECLAMOS DE RESPONSABILIDAD, DEMANDAS, PÉRDIDAS O DAÑOS EN MI CUENTA y/o EN LA CUENTA DE MI HIJO(A), CAUSADO O PRESUNTO DE SER CAUSADO EN TODO O EN PARTE POR LA NEGLIGENCIA DE KFHC O DE LO CONTRARIO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A LAS OPERACIONES DE NEGLIGENCIA Y CUIDADO MÉDICO O DE PRIMEROS AUXILIOS. HE LEÍDO ESTE ACUERDO, TOTALMENTE ENTIENDO SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO Y LO HE FIRMADO LIBREMENTE Y SIN NINGÚN INCENTIVO O GARANTÍA DE NINGUNA NATURALEZA Y LA INTENCIÓN DE QUE SEA UNA DIVULGACIÓN COMPLETA E INCONDICIONAL DE TODA RESPONSABILIDAD AL MAYOR GRADO PERMITIDO POR LA LEY Y ESTOY DE ACUERDO QUE SI ALGUNA PORCIÓN DE ESTE ACUERDO ES INVÁLIDO, EL BALANCE, NO OBSTANTE, DEBE CONTINUAR TOTALMENTE Y EN EFECTO.**

5. Yo entiendo además que puedo revocar esta autorización, sometiendo una revocación por escrito al Departamento de Servicios para miembros de KFHC a la dirección que aparece a continuación.

Kern Family Health Care
Member Services
2900 Buck Owens Blvd.
Bakersfield, CA 93308

Fecha de la firma y reconocimiento: _____

Relación legal al participante: _____

Si en nombre del menor de edad, nombre del niño(a): _____

Ciudad y estado: _____

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a NMT o a esta forma de consentimiento, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de KFHC al (661) 632-1590 o al 1 (800) 391-2000.

**If you need this letter in English, please call Member Services Department at
(661) 632-1590 or (800) 391-2000.**