



### CONSENTIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Sírvase enviar el formulario por fax al: 866-779-5242

1. Yo, \_\_\_\_\_ (*nombre del tutor legal*) con domicilio particular en \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (*número, calle, número de departamento, ciudad, estado, código postal*), afirmo que soy tutor legal de [*nombre del (la) menor de edad*].
2. \_\_\_\_\_ [*nombre del (la) menor*] tiene \_\_\_\_\_ [*edad del (la) menor*] años de edad. Su cumpleaños es el \_\_\_\_\_ (*MM/DD/AA*).
3. Estoy de acuerdo en que \_\_\_\_\_ [*nombre del (la) menor*] viaje con cualquier proveedor de transporte que preste servicios bajo contrato con Modivcare, para trasladarse a servicios médicos que no sean de emergencia.
4. Mediante mi consentimiento y descargo de responsabilidad, aseguro que \_\_\_\_\_ [*nombre del (la) menor*]:
  1. es completamente capaz de que se le transporte sin un adulto que le acompañe,
  2. no se portará en forma disruptiva con el conductor o los pasajeros,
  3. seguirá todas las reglas que comunique el conductor;
  4. y que no necesita una persona acompañante que le proporcione apoyo emocional o de cualquier otro tipo.

0. Entiendo que, si cualesquiera de los factores establecidos en el párrafo 4, enumerado arriba, deja de corresponder, Modivcare dejará de transportar al o la menor de edad sin una persona acompañante.

1. Estoy de acuerdo en que informaré a Modivcare en un plazo de 48 horas si por cualquier razón de ser tutor legal de \_\_\_\_\_ [*nombre del (la) menor*], así como en que informaré a Modivcare el nombre y la dirección del nuevo tutor legal.

Como parte del acuerdo de Modivcare de transportar al o la menor de edad sin una persona acompañante, por la presente libero a Modivcare y a sus empleados, oficiales, agentes y subcontratistas de todas y cada una de las responsabilidades, causas de demanda y reclamaciones en conexión con el transporte de [el (la) menor] proporcionado por Modivcare y sus subcontratistas.

FIRMA DEL TUTOR

FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL O LA MENOR DE EDAD A QUIEN CORRESPONDE EL CONSENTIMIENTO

**PARA USO INTERNO:**

\_\_\_\_\_  
DATE RECEIVED BY MODIVCARE

\_\_\_\_\_  
MODIVCARE STAFF MEMBER

