

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL MENOR*

El uso de la presente declaración bajo juramento está autorizado por la Parte 1.5 de la División 11 del Código de Familia de California (a partir de la Sección 6550). La misma no afecta los derechos de los padres o tutores del menor respecto a su atención, custodia y control, y no significa que el encargado del cuidado del menor tenga su custodia legal. La presente declaración no implica que el menor se convierta automáticamente en dependiente a efectos y propósitos de la cobertura de su salud.

Soy mayor de 18 años y el menor mencionado a continuación vive en mi casa.

1. Nombre del menor: _____
2. Fecha de nacimiento del menor: _____
3. Nombre del adulto que otorga la autorización: _____
4. Fecha de nacimiento del firmante de la autorización: _____
5. Documento de identidad con fotografía (Licencia de Conductor de California o Tarjeta de Identidad de California): N° _____
(Adjuntar copia. Ver página 2, Información para personas responsables de cuidados de salud, numeral 4)
6. Domicilio: _____
 Soy abuelo, tío o familiar calificado del menor.
(A efectos del numeral 5, "familiar calificado" significa el cónyuge o uno de los padres, padrastros, hermanos, hermanastros, medios hermanos, tíos, sobrinos, primos, abuelos o bisabuelos del menor, o el cónyuge de cualquiera de dichas personas especificadas en esta definición, incluso después que el vínculo conyugal haya finalizado por fallecimiento o disolución.)
7. Marque una o ambas opciones (por ejemplo, si se informó a uno de los padres pero no se pudo encontrar al otro):
 He informado a los padres o tutores del menor de mi intención de autorizar servicios de salud mental y no he recibido objeciones.
 En este momento no he podido comunicarme con los padres o tutores del menor para informarles de mi intención de autorizar servicios de salud mental.

ADVERTENCIA: NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES ANTERIORES ES INCORRECTA. SI LO HACE, ESTARÁ COMETIENDO UN DELITO PUNIBLE CON MULTA, PRISIÓN O AMBAS.

Bajo apercibimiento de las sanciones por perjurio de las leyes del estado de California, por el presente declaro que la información que antecede es verdadera y correcta.

Si el menor deja de vivir con usted, debe avisar a las escuelas, proveedores de servicios médicos o planes de servicios médicos donde haya entregado la presente declaración.

Firma del encargado del cuidado del menor: _____ Fecha: _____

- Al cliente y/o adulto responsable se le tradujo verbalmente el presente Consentimiento a [idioma] _____.
- Si el cliente o adulto responsable firmó una versión traducida del presente Consentimiento, dicha versión debe adjuntarse a la versión en inglés.

*** Debe incluirse en la Sección 2, Consentimientos y Avisos**

| | |
|--|--|
| <p style="font-size: small;">Usted recibe esta información confidencial conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, sin limitarse a ellos, el Código de Bienestar Público e Instituciones de Salud, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley HIPAA. Está prohibida la reproducción de esta información para terceros sin la autorización previa por escrito del cliente o su representante autorizado a menos que la ley lo permita. Una vez cumplido el propósito de la solicitud original, se debe destruir esta información.</p> | <p>Nombre: _____ Servicio N° _____</p> <p>Agencia: _____ Proveedor N° _____</p> <p style="text-align: center;">Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental Los Angeles County – Department of Mental Health</p> |
|--|--|

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL MENOR

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL MENOR

Por favor, tenga en cuenta que:

- Esta declaración no afecta los derechos de los padres o tutores del menor respecto a su cuidado, custodia y control, y no significa que la persona responsable del cuidado del menor tenga su custodia legal.
- Las personas que confíen en la presente declaración no necesitan realizar ninguna consulta o indagación adicional.
- **La presente declaración será válida solamente durante un año a partir de la fecha de su firma.**

INFORMACIÓN IMPORTANTE

PARA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DEL MENOR

1. A efectos del numeral 3, “familiar calificado” significa el cónyuge o uno de los padres, padrastros, hermanos, hermanastros, medio hermanos, tíos, sobrinos, primos, abuelos o bisabuelos del menor, o el cónyuge de cualquiera de dichas personas, incluso después que el vínculo conyugal hay finalizado por fallecimiento o disolución.
2. Por ley a usted se le puede exigir que, de no ser familiar o padre de crianza del menor, obtenga una licencia de hogar de crianza para poder cuidar del menor. Para preguntas, comunicarse con el departamento de servicios sociales local.
3. Si el menor dejara de vivir con usted, debe avisar a las escuelas y a los proveedores o planes de servicios médicos donde haya entregado la presente declaración.
4. Si usted no tiene ninguno de los documentos solicitados en el numeral 5 (Licencia de Conductor o Tarjeta de Identidad de California), puede presentar otro tipo de identificación, tal como el número del Seguro Social o el número de Medi-Cal.

PARA LOS EMPLEADOS DE LAS ESCUELAS

1. El Artículo 48204 del Código de Educación dispone que la presente declaración es prueba suficiente para establecer el domicilio del menor, sin necesidad de otra orden de tutela o custodia, salvo que el distrito escolar determine, a partir de los hechos, que el menor no vive con el encargado de su cuidado.
2. El distrito escolar podrá exigir pruebas razonables adicionales de que el encargado del cuidado del menor vive en el domicilio indicado en el numeral 6.

PARA LOS PROVEEDORES Y PLANES DE SERVICIOS MÉDICOS

1. Las personas que actúen de buena fe, confiando en una Declaración de Autorización de la Persona Responsable del Cuidado del Menor, a efectos de prestar servicios médicos o dentales no estarán sujetas a ninguna responsabilidad penal o civil para con ninguna persona, ni tampoco a medidas disciplinarias profesionales por haber depositado su confianza en dicho documento.
2. La presente declaración no implica que el menor se convierta automáticamente en dependiente para propósitos de la cobertura del cuidado de la salud.