



DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

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. Mi nombre (*adulto que da autorización*): _____
4. Mi domicilio: _____
5. Soy pariente del menor (Vea el abajo de este formulario para la definición de “pariente”).
6. Marque una o ambas opciones (por ejemplo, si se avisó a uno de los padres y no se puede localizar al otro):
 - ☐ He avisado a los padres u otras personas que tienen la custodia legal del menor de mi intención de autorizar la atención médica y no he recibido ninguna objeción.
 - ☐ No puedo comunicarme con los padres u otras personas que tienen la custodia legal del menor en este momento para notificarles mi intención de autorización.
7. Mi fecha de nacimiento: _____
8. Mi número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California, o número de tarjeta consular emitida por el gobierno _____ (Vea abajo, Para los cuidadores, n.º 4)
(Subir a External Client Documents)

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.

ADVERTENCIA A LAS AGENCIAS EDUCATIVAS LOCALES Y A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA: NO SE REQUIERE UN SELLO O FIRMA DE UN TRIBUNAL. NO ES NECESARIO QUE ESTE FORMULARIO SEA NOTARIZADO.



DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

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 Cuidador: _____ Fecha: _____

Al cliente y/o adulto responsable se le tradujo verbalmente el presente Consentimiento a _____

Si el cliente o adulto responsable firmó una versión traducida del presente Consentimiento, dicha versión debe adjuntarse a la versión en inglés.

- 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 LOS CUIDADORES

1. "Pariente", para los fines del punto 5, significa un adulto que está relacionado con el menor por consanguinidad, adopción o afinidad dentro del quinto grado de parentesco, incluidos padrastros, hermanastros y todos los parientes cuyo parentesco esté precedido por las palabras "bis", "tatar" o "abuelo/a", o el cónyuge de cualquiera de estas personas, aun cuando el matrimonio haya terminado por muerte o disolución.
2. La ley puede exigirle, si usted no es pariente ni padre/madre de crianza con licencia, certificación o aprobación vigente, que obtenga la aprobación como familia de recursos conforme a la Sección 1517 del Código de Salud y Seguridad o la Sección 16519.5 del Código de Bienestar e Instituciones para poder cuidar a un menor. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su departamento local de servicios sociales.
3. Si el menor deja de vivir con usted, esta declaración jurada deja de ser válida. Usted está obligado(a) a notificar a cualquier escuela, proveedor de atención médica o plan de servicios de salud a quienes haya entregado esta declaración jurada que el menor ya no vive con usted y que, como resultado, la declaración jurada ya no es válida.
4. Si no tiene la información solicitada en el punto 8 (licencia de conducir o identificación de California, o tarjeta consular emitida por el gobierno), proporcione otra forma de identificación, como su número de seguro social o número de Medi-Cal.



DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DEL CUIDADOR

PARA FUNCIONARIOS ESCOLARES

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 4.
3. No se requiere un sello ni la firma de un tribunal. Este formulario no necesita ser notariado.

TO HEALTH CARE PROVIDERS AND HEALTH CARE SERVICE PLANS

1. Cuando es firmada por un pariente, esta declaración jurada otorgará los mismos derechos para autorizar atención médica y dental para el menor que los otorgados a los tutores según la Sección 2353 del Código de Sucesiones. La atención médica autorizada por un pariente puede incluir tratamiento de salud mental, sujeto a las limitaciones de la Sección 2356 del Código de Sucesiones.
2. Un proveedor de servicios de salud que actúe de buena fe basándose en una declaración jurada de autorización del cuidador para proporcionar atención médica o dental, sin conocimiento real de hechos contrarios a los declarados en la declaración jurada, no estará sujeto a responsabilidad penal ni civil frente a ninguna persona, ni estará sujeto a medidas disciplinarias profesionales por esa confianza, siempre que se hayan completado las partes aplicables del formulario. No se requiere un sello ni la firma de un tribunal. Este formulario no necesita ser notariado.
3. Esta declaración jurada no confiere condición de dependiente para fines de cobertura de atención médica.