

## CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por favor envíe por fax a: 800-597-2091

1. Yo, \_\_\_\_\_ que resido en \_\_\_\_\_ (Dirección) afirmo por medio de la presente que soy el tutor legal de (nombre del menor) \_\_\_\_\_.
2. \_\_\_\_\_ (nombre del menor) tiene \_\_\_\_\_ años de edad. Su fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_.
3. Doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_ (nombre del menor) para que viaje con cualquier compañía de transportación bajo contrato de LogistiCare, en relación a su transportación para viajes de servicios médicos que no son considerados emergencias médicas.
4. Al dar este consentimiento y deslindo de responsabilidad, Yo por medio de la presente afirmo que \_\_\_\_\_ (nombre del menor) es completamente capaz de ser transportado sin la supervisión de un adulto, no causara daños, seguirá todas las reglas que el chofer indique y no necesita de un acompañante que le proporcione de apoyo emocional o de alguna otra naturaleza.
5. Yo entiendo que en el caso de que algunas de las afirmaciones establecidas en el párrafo 4, párrafo anterior, LogistiCare no transportara al menor sin la presencia de un adulto.
6. Yo me comprometo a informar a LogistiCare con 48 horas de anticipación si por cualquier razón o motivo perdiera la custodia legal de \_\_\_\_\_ y a informar a LogistiCare del nombre y dirección del nuevo tutor legal.

En consideración al acuerdo con LogistiCare de transportar al menor sin la presencia y supervisión de un adulto. Yo por medio de la presente libero a LogistiCare y a sus empleados, oficiales, agentes y subcontratistas de cualquier responsabilidad parcial o total, acciones legales y/o reclamos derivados de la transportación proveída por LogistiCare y sus subcontratistas.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MENOR

**PARA USO INTERNO:**

\_\_\_\_\_  
FECHA RECIBIDA POR LOGISTICARE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL AGENTE