

TESTIMONIO de AUTORIZACIÓN de la PERSONA a CARGO
de un/a MENOR

(El uso de este testimonio o declaración jurada es autorizado por la Parte 1.5 (comenzando con la sección 6552) de la División Once (11) del Código Familiar de California)

INSTRUCCIONES:

- ▶ El llenar los puntos del 1 al 4 de este formulario con la firma es suficiente para autorizar que un menor quede matriculado en la escuela y para autorizar los servicios médicos que estén relacionados con la escuela.
- ▶ Se requiere llenar los puntos del 5 al 8 para autorizar cualquier otro servicio médico.

▪ **ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE** ▪

El o la menor que se menciona abajo vive en mi casa y yo tengo 18 años o más de edad:

1. Nombre del/la menor: _____
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Mi nombre es (adulto que da la autorización): _____
4. Mi dirección es: _____
5. Soy el abuelo/a, tío/a u otro pariente calificado del/la menor (en la parte de atrás de esta hoja está la definición de "pariente calificado") ☐ SÍ ☐ NO
6. Marque una o las dos respuestas (por ejemplo, si se notificó a uno de los padres y el otro no fue localizado):
 - ☐ He avisado al padre o padres o a otra(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del/la menor de mi intención de autorizar el servicio médico sin que hubiera objeción de su parte
 - ☐ No me es posible contactar al o a los padre(s) o a otra(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del/la menor de mi intención de autorizar el servicio médico
7. Mi fecha de nacimiento es: _____
8. El número de mi licencia de conducir o tarjeta de identificación de California es: _____

ADVERTENCIA

NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ALGUNA DE LAS DECLARACIONES DE ARRIBA ES INCORRECTA
PUES ESTARÁ COMETIENDO UN DELITO QUE SERÁ CASTIGADO CON MULTA Y/O ESCARCELAMIENTO

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto:

Firma: _____ Fecha: _____

Notificaciones:

1. El testimonio no será válido por más de un año a partir de la fecha en la que entre en efecto.
2. Esta declaración no afecta los derechos de los padres del/la menor o de quien tenga la custodia legal sobre el cuidado, custodia y control del/la menor ni significa que la persona que cuida tenga custodia legal del/la menor.
3. La decisión de la persona a cargo de consentir o rehusar el servicio médico o dental de un/a menor será anulada por cualquier otra decisión de alguno de los padres u otra persona que tenga la custodia legal del/la menor, si es que esa decisión no pone en peligro la vida, salud o seguridad del/la menor.
4. Ninguna persona que actúe de buena fe confiando en la declaración de autorización de la persona a cargo del/la menor, para proveerle servicio médico o dental, sin el conocimiento real de hechos contrarios a los establecidos en el testimonio, no estará sujeta a ninguna responsabilidad criminal o civil, ni estará sujeta a ninguna acción disciplinaria profesional, por haber tenido tal confianza, si las partes aplicables del testimonio fueron completadas.

Esta subdivisión aplicará aún si el servicio médico o dental se le provee a un/a menor en contravención de los deseos del padre u otra persona que tenga la custodia legal del/la menor mientras la persona que provea el servicio médico o dental no tenga conocimiento real de los deseos del padre u otra persona que tenga la custodia legal del/la menor.

5. Cualquier persona que confíe en este testimonio no tiene la obligación de realizar ninguna consulta o investigación.

A las personas a cargo del/la menor:

1. Un “pariente calificado”, para propósitos del punto 5, significa un cónyuge, padre, madre, padrastro, madrastra, hermano/a, hermanastro/a, medio hermano/a, tío/a, sobrino/a, primo/a hermano/a o cualquier persona que denote el prefijo “grand” o “great” en inglés (abuelos/bisabuelos), o el/la cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, aún después de que el matrimonio haya terminado por causa de muerte o disolución.
2. Los “servicios médicos relacionados con la escuela” son los servicios médicos que se requieran por parte de la autoridad del gobierno estatal o local como una condición de matrícula escolar, incluyendo vacunas, exámenes físicos y médicos conducidos a los alumnos en las escuelas.
3. La ley puede requerir que usted, si no es pariente o padre de custodia temporal (*foster parent*) con licencia, certificado o aprobando, que obtenga una licencia de hogar temporal (*foster home*) para estar al cuidado de un/a menor. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte al departamento de servicios sociales de su localidad.
4. Si el/la menor deja de vivir con usted, tiene que notificar a la escuela, al proveedor de servicios de salud o al plan de servicios de salud al cual le haya dado este testimonio o declaración jurada. El testimonio será invalidado después que la escuela, el proveedor de servicios de salud o el plan de servicios de salud reciba la notificación de que el/la menor ya no vive con usted.
5. Si usted no tiene la información requerida en el punto 8 (licencia de conducir o identificación de California) provea alguna otra forma de identificación, como su número de seguro social o de Medi-Cal.

A las autoridades escolares:

1. La sección 48204 del Código de Educación provee que este testimonio o declaración jurada constituya una base suficiente para la determinación de residencia del/la menor, sin el requerimiento de custodia u otra orden similar, a menos que el distrito escolar determine con hechos reales que el/la menor no está viviendo con su tutor a cargo.
2. El distrito escolar podría requerir evidencia adicional razonable de que el tutor a cargo vive en la dirección dada en el punto 4.

A los proveedores de servicios de salud y a los planes de servicios de salud:

1. Una persona que actúa de buena fe confiada en el testimonio o declaración jurada de autorización de una persona a cargo de un/a menor para proveerle servicio médico o dental, sin conocimiento real actual de hechos contrarios a los establecidos en el testimonio, no queda sujeta a ninguna responsabilidad criminal o civil, ni queda sujeta a una acción disciplinaria profesional, por haber tenido tal confianza, si las partes aplicables del formulario fueron completadas.
2. Este testimonio no confiere dependencia para propósitos de cobertura de servicios de salud (Amended by Stats.2016, Ch. 895, Sec.13.)