



Formulario de consentimiento paterno

Nombre del niño/a: _____

Apellido del niño: _____

Número de Medicaid del niño: _____

Mi nombre es _____ Soy el padre, tutor o
custodio legal de _____ que tenga entre 15 y 17 años
años.

Doy permiso a MTM para que organice y proporcione viajes a mi hijo/hija/menor de edad.
dependiente cuyo nombre he escrito en este formulario. Entiendo que estos viajes llevarán a mi hijo/hija/
dependiente menor a sus citas médicas relacionadas con Medicaid y de regreso. Además,
Entiendo que MTM puede organizar y proporcionar estos viajes cuando no pueda viajar con ellos y no
Otro adulto puede realizar el viaje.

Este formulario de consentimiento parental entra en vigor cuando lo firmo. Entiendo que permanecerá en vigor hasta que
Escribo a MTM y solicito que se cancele este acuerdo o hasta que alguien más con autoridad lo haga.
escribe y solicita que se cancele el acuerdo.

Escribe tu nombre

¿Qué parentesco tienes con el niño?

Tu firma

Fecha de hoy

Envíe este formulario por correo a:

Salud MTM

Departamento de Gestión de Cuidados

16 Hawk Ridge Circle

Lago St. Louis, MO 63367

Envíe este formulario por fax a:

877.406.0658 (llamada gratuita)