



REPRESENTACIÓN REFERENTE A LA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA UN MENOR DE EDAD

Para proteger la privacidad de la información médica y para asegurarnos mejor de recibir instrucciones de la persona adecuada, Johns Hopkins HealthCare LLC, en nombre de Priority Partners Managed Care Organization, Programas Médicos de Empleadores y/o Johns Hopkins Uniformed Services Family Health Plan, le pedimos que complete este formulario y nos lo devuelva.

Para: _____, un menor de edad.
(escriba el nombre del niño en letra de imprenta)

Dirección del afiliado: _____
(calle)

(ciudad) (estado) (código postal)

N° de ID del afiliado: _____ Fecha de nac.: _____ Tel. del afiliado: _____

Yo declaro que soy el (marque uno):

- Padre – adoptivo o biológico (que no ha perdido derechos de paternidad)
- Padrastra/madrastra con custodia legal
- Tutor legal
- Pariente registrado para el cuidado de familiares

para el niño identificado arriba, con el derecho a tomar decisiones relacionadas con la atención médica de él/ella.

(Si es el tutor legal, debe proporcionar una fotocopia de la orden judicial. Si es un pariente registrado para el cuidado de familiares, debe proporcionar una fotocopia de la declaración jurada que ha presentado ante el Departamento de Recursos Humanos de Maryland, Administración de Servicios Sociales).

Una vez completado este formulario, devuélvalo por correo o fax al Departamento de Conformidad Corporativa de Johns Hopkins HealthCare LLC, a la información de contacto mencionada abajo.

Johns Hopkins HealthCare LLC
Corporate Compliance Department
7231 Parkway Drive, Suite 100
Hanover, MD 21076
Teléfono: 410 424 4996
Fax: 410 762 1527

(escriba su nombre en letra de imprenta)

(núm. de teléfono válido)

(firma)

_____, 20____
(fecha)