



REPRESENTACIÓN REFERENTE A LA RESPONSABILIDAD LEGAL RESPECTO DE UN NIÑO MENOR DE EDAD

(Representation Regarding Legal Responsibility for a Minor Child)

A los efectos de preservar la privacidad de la información médica y para garantizar que las decisiones provengan de la persona debidamente autorizada, Johns Hopkins HealthCare LLC, en representación de la Priority Partners Organización de Atención Administrada, Programas de Salud del Empleador, y/o el Plan de Salud para la Familia de Servicios Uniformados de Johns Hopkins le solicita que complete este formulario y nos lo envíe de vuelta.

Para: _____, un niño menor de edad.
(For) *(Consigne el nombre del niño en letra de imprenta)* *(a minor child)*
(print name of child)

Dirección del miembro: _____
(Address) *(calle)*
(street)

(ciudad) *(estado)* *(código postal)*
(city) *(state)* *(zip code)*

Número de identificación del miembro: _____ Fecha de nac.: _____
(Plan Member identification Number) (Date of Birth)

Afirmo que actúo en calidad de (marque uno):
(I represent that I am the (check one)):

- Progenitor a cargo de la custodia/Padre adoptivo (que no ha perdido la patria potestad)
(Custodial parent/Adoptive Parent (who has not lost parental rights))
- Guardián designado por un tribunal
(Court appointed legal guardian)
- Pariente de sangre a cargo del niño de manera informal
(Informal kinship care relative)

a favor del niño arriba identificado, con el derecho de tomar decisiones relativas a la asistencia médica que lo involucren.

(Si usted es el guardián designado por un tribunal, debe proveer una fotocopia del dictamen judicial. Si usted es el pariente de sangre a cargo del niño de manera informal, debe proveer una fotocopia de la declaración jurada que haya completado en el Departamento de Recursos Humanos de Maryland, Administración de Servicios Sociales.)

Una vez que haya completado este formulario por favor envíelo de regreso ya sea por correo o fax al Departamento de Cumplimiento Legal Empresarial de Johns Hopkins HealthCare LLC conforme a los siguientes datos:

Johns Hopkins HealthCare LLC
Corporate Compliance Department
6704 Curtis Court
Glen Burnie, MD 21060
Número de tel./fax: 410 424 4996

(Consigne su nombre en letra de imprenta)
(print your name)

(Número de teléfono válido)
(valid phone number)

(Firma)
(signature)

_____, 20____
(Fecha)
(date)