

# Consentimiento para transporte seguro

Última actualización: diciembre de 2024



Parte de la familia CareOregon

Jackson Care Connect brinda transporte seguro para miembros que no están bajo una orden judicial o en custodia. Hay excepciones para adultos en crisis, menores y para viajes a ciertos lugares. Se deben seguir ciertas reglas.

Los miembros o un tutor deben dar permiso para el transporte seguro. Este permiso debe ser por escrito y entregado al proveedor de transporte antes del viaje.

## Información del miembro

Nombre del miembro (paciente): \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro de Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_

Número de teléfono del miembro (o tutor): \_\_\_\_\_

## Detalles

Razones o circunstancias por las que se requiere el transporte seguro: \_\_\_\_\_

Nombre y título de la persona que autoriza el transporte seguro: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del transporte seguro: \_\_\_\_\_

Dirección de inicio: \_\_\_\_\_

Dirección de destino: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del miembro que recibe el servicio: \_\_\_\_\_

## Afección

Entiendo que se necesita transporte seguro. Mi médico, padre, madre, tutor u otra persona responsable de mí está de acuerdo. Me informaron sobre cómo funciona el transporte seguro. Entiendo los riesgos posibles.

## Riesgos

Entiendo que hay riesgos con el transporte y el viaje. Estos riesgos pueden incluir situaciones como que el equipo médico no funcione o problemas con el vehículo. Otros posibles riesgos son accidentes, mal clima, errores del conductor o aspectos que el equipo de transporte no puede controlar. Es posible que mi afección empeore durante el viaje o podría tener interrupciones en mi atención médica. Entiendo que es posible que mi equipo no pueda arreglar los problemas inesperados.

## Permiso

Entiendo mi afección y los riesgos. Estoy de acuerdo con mi médico y/o mi padre, madre o tutor en que necesito un transporte seguro. Doy permiso a que me transporten en un vehículo seguro únicamente en las fechas que se mencionaron con anterioridad. Entiendo que la compañía de transporte no es responsable de mí una vez que haya llegado a mi destino.

## Firma

Leí este formulario con atención y entiendo lo siguiente:

- El médico y el centro de salud me informaron sobre el transporte. Esto incluye los riesgos, beneficios y otras opciones.
- Tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Entiendo las respuestas.
- Doy mi consentimiento para transporte libremente. No me están forzando.
- Puedo tomar decisiones y tengo el derecho de dar mi consentimiento para el transporte.
- Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- Cambiar de opinión no evitará que haga viajes en el futuro.
- La compañía de transporte me dará información por escrito sobre sus reglas en caso de que las solicite.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro,  
en caso de que el miembro no haya firmado: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica:  
\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica:  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_