



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

277 Cohasset Road
Chico, CA 95926
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

DECLARACIÓN JURADA CON AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADOR

Nombre del Paciente: _____ HRN# (Historia Clínica) _____

El uso de la presente declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5 (con inicio en la Sección 6550) de la División 11 del Código de Familia de California.

Instrucciones: Será suficiente con completar los puntos 1 a 4 de la declaración jurada para autorizar la inscripción de un menor en una escuela y autorizar la atención médica en la escuela. Será necesario completar adicionalmente los puntos 5 a 8 para autorizar cualquier otro tipo de atención médica. **Escriba en letra de molde clara.**

El menor que se indica a continuación vive en mi casa, y yo soy mayor de 18 años.

- Nombre del menor: _____
- Fecha de nacimiento del menor: _____
- Mi nombre: _____
(Adulto que otorga la autorización)
- Dirección de mi casa (Calle, número de departamento, ciudad, estado, código postal):

- Soy abuelo/a, tío/tía u otro pariente calificado del menor.
(Ver la página 2 de este Formulario para conocer la definición de "pariente calificado")
- Marque una de las dos opciones (por ejemplo, si se avisó a uno de los padres y no se pudo ubicar al otro):
 He avisado al padre/madre o a otras personas con custodia legal del menor sobre mi intención de autorizar el cuidado médico, y no he recibido objeción alguna.
 No puedo comunicarme con el padre/madre u otras personas con custodia legal del menor en este momento, para avisarles sobre mi intención de autorizar el cuidado médico.
- Mi fecha de nacimiento: _____
- Mi número de licencia de conducir o documento de identidad de California: _____

ADVERTENCIA: No firme este formulario si algunas de las afirmaciones anteriores son incorrectas, o si estaría cometiendo un delito punible con multa, prisión o ambas.

Yo, el Paciente/Persona Legalmente Autorizada puedo comunicarme en inglés de manera eficaz.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que lo que antecede es veraz y correcto.

Fecha: _____ Firma: _____

AVISOS

- Esta declaración no afecta los derechos del padre/madre o tutor del menor respecto de su cuidado, custodia y control del menor, y no implica que el cuidador tiene la custodia legal del menor.
- Cualquier persona que se ampare en esta declaración jurada no está obligado a realizar ninguna otra investigación o consulta.
- La presente declaración jurada tendrá una vigencia máxima de un año a partir de la fecha en que se firma.

www.saccourt.ca.gov



Chico Clinic

845 W. East Avenue
Chico, CA 95926
(530) 896-9400
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15
Chico, CA 95926
(530) 433-2500
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

277 Cohasset Road
Chico, CA 95926
(530) 781-1440
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street
Red Bluff, CA 96080
(530) 529-2567
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street
Willows, CA 95988
(530) 934-4641
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street
Woodland, CA 95695
(530) 661-4400
Fax: (530) 661-4416

Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic
530-520-6913
www.nvih.org

INFORMACIÓN ADICIONAL

A LOS CUIDADORES:

- 1) "Pariente calificado", a los fines del punto 5, se refiere a uno de los cónyuges, padres, suegros, hermanos, cuñados, medios hermanos, tíos, sobrinos, primos primeros, abuelos o bisabuelos o el cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que se hubiera terminado el matrimonio por fallecimiento o disolución del vínculo.
- 2) En caso de no ser un pariente o un padre/madre de acogida actualmente habilitado, es posible que le ley le exija obtener una licencia de hogar de acogida para poder cuidar a un menor. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el departamento local de servicios sociales.
- 3) Si el menor deja de vivir con usted, usted está obligado a dar aviso a la escuela, al proveedor de atención médica o al plan de servicios de salud al cual le entregó esta declaración jurada.
- 4) Si usted no cuenta con la información solicitada en el punto 8 (licencia de conducir o documento de identidad de California), deberá presentar otra forma de identificación, como el número de seguro social o número de Medi-Cal.

AL PERSONAL ESCOLAR:

- 1) La sección 48204 del Código de Educación establece que esta declaración jurada constituye base suficiente para determinar la residencia del menor, sin necesidad de solicitar una orden de tutela u otra orden de custodia, salvo que el distrito escolar determine a partir de hechos reales que el menor no está viviendo con el cuidador.
- 2) El distrito escolar podrá también solicitar prueba razonable de que el cuidador vive en el domicilio establecido en el punto 4.

A LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y PLANES DE SERVICIOS DE SALUD:

- 1) Ninguna persona que se ampare de buena fe en la declaración jurada que autoriza al cuidador a brindar atención médica u odontológica, sin que tuviera conocimiento de ningún hecho contrario a los indicados en la declaración jurada, podrá ser penal o civilmente responsable frente a una persona, ni será objeto de ninguna medida disciplinaria profesional, por ampararse en dicha declaración jurada siempre que se hubieran completado las partes correspondientes del formulario.
- 2) Esta declaración jurada no otorga dependencia a los fines de la cobertura del cuidado de la salud.

Nombre en letra de molde: _____ HRN# (historia clínica) _____