

PARENTAL ACCOMPANIMENT FORM

Child's Name: _____

Child's Medicaid Number: _____

Child's Date of Birth: _____ Child's Age: _____

My name is _____ I am the Parent/Legal Guardian of the child under 15 years of age named above. I have asked SafeRide Health to set up rides to get my child to and from their Medicaid/CSHCN healthcare appointments. In the chart below I am listing facts about other adults I have chosen to be attendants for my child. These adults are authorized to go with my child to and from their Medicaid/CSHCN covered healthcare appointments.

	First, Middle, Last Name	Address	Phone Number
Parent ☐			
Guardian ☐			
Parent ☐			
Guardian ☐			
Authorized Attendant 1			
Authorized Attendant 2			

It is my choice to authorize these people to be attendants. By signing this form, I am showing that I know the risks that go with allowing another person to travel with my child on healthcare trips set up through SafeRide Health. I know this agreement will stay in effect until I write to SafeRide Health to change or replace it.

- **By signing below I swear that, to the best of my knowledge, the authorized adults named above are not 1) the doctor or specialist providing the child's Medicaid services, 2) an employee of that Medicaid provider, or 3) someone paid by that provider.**

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

Two things must happen before an authorized attendant listed above can ride with my child who is under 15 years of age, to and from a covered healthcare appointment:

- **This form must be on file with SafeRide Health or be given to the driver when the driver picks up the child for the health-care visit.**
- **The authorized attendant must show driver a photo ID.**

Please fill out this Parental Accompaniment Form and mail or fax to SafeRide Health:

Fax: 888-432-0026

Mail: SafeRide Health

18302 Talavera Ridge Fl 3

San Antonio, TX 78257

FORMULARIO DE ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PADRES

Nombre del niño: _____

Número de Medicaid del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Edad del niño: _____

Mi nombre es _____. Soy el padre/representante legal del niño menor de 15 años mencionado anteriormente. He solicitado a SafeRide Health que programe traslados para mi hijo hacia y desde sus consultas médicas de Medicaid/CSHCN. En el cuadro a continuación, enumero datos sobre otros adultos que he elegido para que sean acompañantes de mi hijo. Estos adultos están autorizados a acompañar a mi hijo hacia y desde sus consultas médicas cubiertas por Medicaid/CSHCN.

	Primer nombre, Segundo nombre, Apellido	Dirección	Número de teléfono
Padre ☐ Representante ☐			
Padre ☐ Representante ☐			
Acompañante autorizado 1			
Acompañante autorizado 2			

Es mi elección autorizar a estas personas a ser acompañantes. Al firmar este formulario, demuestro que conozco los riesgos que conlleva permitir que otra persona viaje con mi hijo en traslados de cuidado médico organizados a través de SafeRide Health. Sé que este acuerdo permanecerá vigente hasta que yo escriba a SafeRide Health para cambiarlo o reemplazarlo.

- **Al firmar a continuación, juro que, a mi leal saber y entender, los adultos autorizados mencionados anteriormente no son 1) el médico o especialista que brinda los servicios de Medicaid del niño, 2) un empleado de ese proveedor médico de Medicaid, o 3) alguien pagado por ese proveedor médico.**

Firma del padre/tutor legal_____
Fecha

Deben suceder dos cosas antes de que un acompañante autorizado mencionado anteriormente pueda viajar con mi hijo menor de 15 años hacia y desde una consulta médica cubierta:

- **Este formulario debe constar en los registros de SafeRide Health o entregarse al conductor cuando recoja al niño para la consulta médica.**
- **El acompañante autorizado debe mostrarle al conductor una identificación con fotografía.**

Complete este formulario de acompañamiento de los padres y envíelo por correo o fax a SafeRide Health.

Fax: 888-432-0026

Correo: SafeRide Health

18302 Talavera Ridge Fl 3

San Antonio, TX 78257