

## DECLARACIÓN JURAMENTADA DE AUTORIZACIÓN AL PROVEEDOR DE CUIDADOS

El uso de esta Declaración juramentada está autorizado en la Parte 1.5 (comenzando por el Artículo 6550) de la División 11 del Código de Familia de California.

### INSTRUCCIONES:

Basta con llenar los numerales 1 a 4 inclusive y la firma de la Declaración, para la autorización de la inscripción de un menor en la escuela y la autorización para recibir atención médica en la escuela.

La atención médica de la escuela se refiere al cuidado médico, exigido por la ley estatal o el gobierno local como una condición para la matrícula en la escuela el cual consta de vacunación, exploración física y exámenes médicos realizados en la escuela. Es necesario llenar los numerales 5 a 8 inclusive, para autorizar otro tipo de atención médica. Escriba con letra legible.

- Yo, solicito la inscripción del menor en la escuela y autorizo la atención médica de la escuela. Necesita llenar los numerales 1 a 4 solamente
- Yo, solicito autorizar la atención médica que no es de la escuela. Necesita llenar los numerales 1 a 8.

El menor nombrado a continuación vive en mi hogar y yo soy mayor de 18 años.

1. Nombre del menor: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_\_
3. Mi nombre (adulto que autoriza): \_\_\_\_\_
4. Mi dirección: \_\_\_\_\_
5. Soy el abuelo, la abuela, el tío, la tía u otro pariente del menor que reúne las condiciones (Consulte el reverso de este documento para la definición de «pariente que reúne las condiciones».)
6. Marque uno o ambos *(Por ejemplo, si solamente se le informó a uno de los padres y el otro no pudo ser localizado.)*
  - Yo, le informé al padre, a la madre o a otra persona que tiene la custodia legal del menor, de mi intención de autorizar la atención médica y no he recibido ninguna objeción.
  - Yo, no he podido contactar hasta ahora al padre, a la madre o a otra persona que tenga la custodia legal del menor para informarles de mi intención de dar mi autorización.
7. Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
8. Mi permiso de conducir de California o número de documento de identidad: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA: NO FIRME ESTE DOCUMENTO SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES NO ES VERDADERA, PUESTO QUE ESTARÍA COMETIENDO UN CRIMEN CASTIGADO POR LA LEY CON EL PAGO DE UNA MULTA, INGRESO EN PRISIÓN O AMBOS.**

Yo declaro so pena de perjurio conforme a la ley del estado de California que lo antedicho es fiel y exacto.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Mañana o tarde

Firma: \_\_\_\_\_  
(Representante legal)

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_  
(Representante legal)

Por favor, **tenga en cuenta que:**

- Esta declaración no afecta los derechos del padre, la madre o del tutor legal del menor acerca de los cuidados, la custodia y el control del menor, y no significa que el proveedor de cuidados tiene custodia legal del menor.
- La persona que se basa en esta declaración juramentada no está obligada a solicitar más información ni a investigar más a fondo.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

### Para los proveedores de cuidados

El «pariente que reúne las condiciones», con respecto al numeral 5, significa el cónyuge, el padre, la madre, el padrastro, la madrastra, el hermano, la hermana, el hermanastro, la hermanastra, el medio hermano, la medio hermana, el tío, la tía, la sobrina, el sobrino, el primo hermano, la prima hermana o cualquier otro pariente con el prefijo «bis» o «tátara», o el cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que el matrimonio haya sido disuelto por muerte o anulación.

Si usted no es un pariente o un padre o una madre de acogida autorizado(a), certificado(a) o aprobado(a), es posible que la ley le exija que obtenga aprobación como familia de acogida, conforme al Artículo 1517 del Código de Salud y Seguridad o el Artículo 16519.5 del código de Bienestar e Instituciones con el fin de cuidar de un menor. Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su localidad.

Si el menor deja de vivir con usted, debe notificarle a cualquier escuela, profesional sanitario o seguro médico a quien(es) le(s) haya entregado esta declaración juramentada. La declaración juramentada se anulará después de que la escuela, el profesional sanitario o el seguro médico reciban aviso de que el menor ya no vive con usted.

Si usted no dispone de la información solicitada en el numeral 8 (sea el permiso de conducir o la tarjeta de identificación de California), proporcione otra forma de identificación, tal como su número de seguro social o de Medi-Cal.

### Para los dirigentes escolares

El Artículo 48204(a) (5) del Código de Educación estipula que esta declaración juramentada constituye una base suficiente para determinar la residencia del menor, sin la necesidad de una orden de tutela o de otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine de hecho que el menor ya no vive con el proveedor de cuidados.

El Distrito escolar solicitará una prueba razonable de que el proveedor de cuidados vive en la dirección mencionada en el numeral 4.

### Para los profesionales sanitarios y los administradores de seguros médicos

La persona que actúa de buena fe confía en la *Declaración Juramentada de la Autorización del Proveedor de Cuidados* para prestar servicios médicos o dentales, sin el conocimiento real de los hechos contrarios a aquellos expuestos en esta declaración juramentada y no está sujeto a responsabilidad ni penal ni civil ante ninguna persona, y no está sujeto a acción disciplinaria profesional, por dicha confianza si las partes correspondientes del documento fueron debidamente completadas.

Esta declaración juramentada no significa que el menor sea automáticamente un dependiente para propósitos de cobertura de seguro médico.

NOTA: Este documento debe incluir *taglines* según lo exige la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. (Para mayor información, consulte "Taglines" en la página 1.21)

Referencia: Artículos 6550 a 6552 del Código Familiar.