



## REPRESENTACIÓN REFERENTE A LA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA UN MENOR DE EDAD

Para proteger la privacidad de la información médica y para asegurarnos mejor de recibir instrucciones de la persona adecuada, Johns Hopkins Health Plans, en nombre de Priority Partners Managed Care Organization, Programas Médicos de Empleadores y/o Johns Hopkins Uniformed Services Family Health Plan, le pedimos que complete este formulario y nos lo devuelva.

Para: \_\_\_\_\_, un menor de edad.  
(escriba el nombre del niño en letra de imprenta)

Dirección del afiliado: \_\_\_\_\_  
(calle)

\_\_\_\_\_  
(ciudad) (estado) (código postal)

N° de ID del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Tel. del afiliado: \_\_\_\_\_

Yo declaro que soy el (marque uno):

- Padre – adoptivo o biológico (que no ha perdido derechos de paternidad)
- Padrastra/madrastra con custodia legal
- Tutor legal
- Pariente que asume el acogimiento familiar informal

para el niño identificado arriba, con el derecho a tomar decisiones relacionadas con la atención médica de él/ella.

(Si es el tutor legal, debe proporcionar una fotocopia de la orden judicial. Si es un pariente que asume el acogimiento familiar informal, debe proporcionar una fotocopia de la declaración jurada que ha presentado ante el Departamento de Recursos Humanos de Maryland, Administración de Servicios Sociales).

Una vez completado este formulario, devuélvalo por correo o fax al Departamento de Conformidad Corporativa de Johns Hopkins HealthCare LLC, a la información de contacto mencionada abajo.

Johns Hopkins Health Plans  
Corporate Compliance Department  
7231 Parkway Drive, Suite 100  
Hanover, MD 21076  
Teléfono: 410 424 4996  
Fax: 410 762 1527

\_\_\_\_\_  
(escriba su nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(núm. de teléfono válido)

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
(fecha)