

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental y Comportamiento**

Autorización AFFIDAVIT del adulto que cuida el niño

El uso de esta declaración es una autorización por parte de 1.5 (comenzando con la sección 6550) de la división 11 del código Familiar de California.

Instrucciones: Completar del 1-4 y firmar esta autorización (Affidavit) es suficiente para autorizar el registro del menor en la escuela y autorizar cuidados médicos en la escuela. Completar los ítem 5-8 es un requisito adicional que se requiere para autorizar cualquier otro cuidado medico.

El menor nombrado abajo vive en mi casa y yo tengo 18 años de edad o más.

1. Nombre del menor: _____
2. Fecha de Nacimiento del menor: _____
3. Mi Nombre (adulto dando la autorización): _____
4. Mi dirección de la casa es : _____
5. Soy el abuelo(a), tía, tío, o otro familiar cercano del menor (en el reverso de esta pagina encuentra la definición de familiar cercano).
6. Marque uno de los siguientes o ambos (por ejemplo, sí un padre fue informado y el otro no se pudo localizar):
 - Yo he informado el padre(s) u otra persona(s) que tienen la custodia legal del menor de mis intenciones de autorizar servicios médicos, y no he recibido ninguna objeción.
 - Yo no he podido contactar al padre o la madre u otra persona(s) que tienen la custodia legal del menor, para notificarles de mis intenciones de autorización.
7. Mi fecha de Nacimiento es: _____
8. El número de mi licencia de manejar en California o mi tarjeta de identificación es:

Alerta No firme esta forma si alguna de la información proveída arriba es incorrecta, o usted estará cometiendo un crimen que es castigado con una multa, cárcel o ambas cosas.

Yo declaro bajo juramento ante la ley del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Ficha: _____ Firma: _____

Para su información:

1. Esta declaración no afecta el derecho de los padres del menor o el guardián legal en relación con el cuidado, la custodia y el control del menor, y no significa que el que este cuidando el menor tenga custodia legal del menor,
2. La persona que acepta esta declaración no tiene obligación de hacer otras preguntas o investigación.
3. Esta autorización (affidavit) no es valida por más de un año después de la fecha en que se hizo.

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental y Comportamiento**

Autorización AFFIDAVIT del adulto que cuida el niño

Información Adicional:

PARA LOS QUE CUIDAN LOS MENORES:

1. "Un familiar cercano" para el propósito del ítem 5, significa un esposo, esposa, padre o madre, padrastro, hermano, hermana, hermanastra, hermanastro, tío, tía, sobrino, sobrina, primo hermano, o cualquier persona que se nombra como abuelo o bisabuelo, o el esposo o esposa de cualquiera de las personas especificadas en esta definición incluso después de que el matrimonio se haya terminado por muerte o divorcio.
2. La ley puede determinar que usted, si usted no es un familiar cercano o no tiene una licencia como padre o madre para acoger al menor en su hogar, de obtener esta licencia para ser como se conoce en Ingles un "Foster" padre o madre. Si usted tiene alguna pregunta puede contactar al departamento de servicios sociales en su localidad.
3. Si el menor deja de vivir con usted, usted debe notificar la escuela, el proveedor de salud, a los cuales usted les ha dado esta autorización.
4. Si usted no tiene la información requerida en la pregunta 8 (licencia de manejar o identificación de California) puede entregar otro tipo de identificación tales como su número de seguro social o su número de tarjeta de Medi-Cal.

PARA OFICIALES DE LA ESCUELA:

1. La sección 48204 del código de educación estipula que esta autorización constituye suficiente información para determinar la residencia del menor, sin ser un guardián legal o tener otra orden de autorización de la custodia, a menos que el distrito escolar determine con hechos actuales que el menor no esta viviendo con esta persona.
2. El distrito escolar puede pedir información adicional para asegurarse que la persona que esta dando esta autorización vive en la dirección indicada en esta autorización. (Ítem # 4)

PARA LOS PROVEEDORES DE SALUD Y PLANES DE SALUD:

1. Ninguna persona que actué de Buena Fe y basándose en la información presentada en esta autorización para proveer servicios de salud o cuidados dentales, sin que tenga conocimiento de información contraria a la información en esta autorización, será responsable en las cortes criminales o civiles de ninguna persona o no será sujeto a acciones disciplinarias, si las porciones aplicables en la forma están completas.
2. Esta autorización no concede dependencia con el propósito de recibir beneficios de salud.