

**STANDARD
POWER OF
ATTORNEY
FOR MEDICAL/
SCHOOL
DECISION
MAKING**



**PODER LEGAL
ESTÁNDAR
PARA LA TOMA
DE DECISIONES
MÉDICAS/
ESCOLARES**

SÉPASE POR LA PRESENTE:

Que yo, _____, vecino de _____ (ciudad) _____ (condado) _____ (estado) con domicilio en _____ (dirección) por la presente designo, constituyo, y nombro a _____, con domicilio en _____ (dirección completa) como mi verdadero/a y legítimo/a apoderado/a para que en mi nombre, lugar y representación, tramite, maneje y resuelva a su criterio los asuntos limitados aquí expuestos, a saber:

Consentir el tratamiento médico de _____, hijo/a menor de edad, de quien soy el/la progenitor(a) biológico/a, custodio legal o tutor(a) legal. Por tratamiento médico se entiende cualquier examen médico, quiropráctico, optométrico o dental, procedimiento de diagnóstico, así como cualquier tratamiento, incluyendo, por ejemplo, la hospitalización, la evaluación del desarrollo, la evaluación y el tratamiento de la salud mental, la atención preventiva, los servicios de farmacia, las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del gobierno federal, los exámenes físicos del niño sano y los análisis de sangre. Como salvedad, el "tratamiento médico" no incluirá las pruebas de VIH/SIDA, las pruebas de sustancias reguladas ni cualquier otra prueba para la que se requiera una orden judicial independiente o el consentimiento informado en virtud de otra legislación aplicable.

Tomar decisiones sobre la educación de _____, hijo/a menor de edad, de quien soy el/la progenitor(a) biológico/a, custodio legal o tutor(a) legal. Por la presente confirmo que el/la menor reside con _____ (apoderado/a) en _____ (dirección completa).

Este instrumento legal tiene por objeto otorgar, y por la presente otorga a mi apoderado/a pleno poder y autoridad para realizar y llevar a cabo todas y cada una de las acciones y cosas que sean requeridas, necesarias y apropiadas para ser realizadas, a fin de que se ejerzan los derechos y poderes aquí otorgados, tan plenamente, y para todos los efectos, como podría o pudiera hacerlo yo personalmente. Por la presente ratifico y confirmo todo lo que mi apoderado/a haga o mande hacer en virtud de dicho poder y autoridad

Queda plenamente entendido que cualquier distrito escolar al que se le pida que reconozca la autoridad asignada por este documento puede regularmente revisar o constatar la residencia del/de la menor. Falsificar este documento puede constituir un delito.

Los derechos, facultades y autoridad de mi apoderado/a comenzarán a partir de la suscripción de este documento y permanecerán en plena vigencia hasta que yo rescinda el mismo por escrito.

Así se declara en este _____ día de _____, 2_____.

Nombre del/de la progenitor/a o tutor(a) legal (en letra de molde)

Firma del/de la progenitor/a o tutor(a) legal

Suscrito y jurado ante mí el _____, 2_____.

_____, Notario/a Público/a. Mi cargo vence: _____.

ESTE DOCUMENTO NO ES UNA ORDEN JUDICIAL.

La suscripción o posesión de este formulario no significa que la persona tenga la custodia o tutela legal del/de la menor mencionado/a en el mismo. El propósito limitado de este formulario es indicar que la susodicha persona a la que se le ha otorgado el poder legal está autorizada a consentir tratamientos médicos y a tomar decisiones relacionadas con la educación en nombre del/de la menor antemencionado/a. No es necesario presentar este formulario ante la Secretaría del Tribunal de Circuito. **Falsificar este documento puede constituir un delito.**