

FORMULARIO DE PODER NOTARIAL PARA MENORES (HIJOS) DE CALIFORNIA

1. Para el Menor llamado _____ nacido el _____ (en lo sucesivo denominado el "Menor"), yo, _____, el padre o tutor designado por el tribunal con una dirección de _____.

Si existe un co-tutor/padre:

Y yo _____ el Padre o tutor designado por el tribunal con una dirección de _____.

2. Por la presente nombro a _____ como el Apoderado para el Menor (en lo sucesivo, el "Apoderado"), quién es su _____ (relación con el niño) con una dirección de _____ y quién nació _____ (fecha de nacimiento). El número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de California del Apoderado es _____.

3. Marque uno o ambos:

He informado a los padres u otra persona que tenga la custodia legal del menor de mi intención de autorizar la atención médica y no he recibido ninguna objeción.

No puedo comunicarme con los padres u otra persona que tenga la custodia legal del menor en este momento, para notificarles de mi autorización prevista.

4. Delego en el Apoderado las siguientes facultades:

(Inicial y Marca solo UNO)

A. _____ - Toda la autoridad que tengo como padre/tutor del menor legal bajo el Estado de California.

B. _____ - Solo la autoridad para _____
_____.

5. En la medida máxima permitida por la ley aplicable, el (los) tutor(es) a corto plazo tendrá la misma autoridad que yo / nosotros tendríamos con respecto a la custodia y el cuidado del (los) niño (s) menor (s), excepto como he especificado a continuación, incluido el derecho a realizar los siguientes actos y tomar las siguientes decisiones, a menos que haya tachado y rubricado el poder particular o lo haya excluido específicamente por escrito en este

documento o El otorgamiento de tal facultad invalidaría este documento, en cuyo caso sólo se considerarán derogadas e ineficaces las disposiciones infractoras:

Para tomar todas las decisiones de atención médica de emergencia y que no sean de emergencia y ejecutar todos los documentos relacionados, incluidas las reclamaciones y formularios de seguro y renuncia, incluido el derecho a aprobar o rechazar tratamiento médico, dental, oftalmológico o psiquiátrico, pruebas de diagnóstico, hospitalización, atención médica y cuidado personal, en cualquier situación en la que, como resultado de una enfermedad, enfermedad, ausencia, lesión o muerte, no pueda tomar o comunicar una decisión con respecto a mi/nuestra(s) hijo(s) atención médica o dental, siempre que dichas decisiones se tomen después de consultar con uno o más médicos autorizados u otros profesionales médicos autorizados. Además, delego/delegamos el poder a nuestro(s) tutor(es) a corto plazo para seleccionar, emplear y dar de alta al personal de atención médica, incluidos dentistas y profesionales del cuidado de la vista, para el beneficio de nuestro(s) hijo(s) y para contratar en mi/nuestro nombre y en mi/nuestro nombre todos los servicios de atención médica, incluidos los servicios médicos, dentales, oftalmológicos y de atención psiquiátrica de emergencia y que no sean de emergencia y bienes relacionados. Los tutores a corto plazo deben consultar cualquier información adicional que hayamos adjuntado a este documento o que hayamos dejado con los tutores.

Para tomar todas las decisiones, ejecutar todos los documentos y otorgar permiso con respecto a la educación del (los) niño(s), incluyendo pero no limitado a la inscripción escolar, actividades escolares y extracurriculares, viajes escolares y conferencias escolares.

Hacer y realizar en general todos los asuntos y ejecutar todos los documentos con respeto a la custodia y cuidado de los niños nombrados en este documento.

Viajar con el/los niño(s) sin limitaciones, a menos que se indique a continuación: dentro de un radio de una milla dentro de la ciudad Condado/Parroquia líneas estatales de solamente; Otro _____ (por ejemplo, solo hacia/desde lugares específicos).

6. Este documento de poder notarial comenzará el _____ y terminan el _____.

(Inicial y Marque todo lo que aplique)

- A. _____ - _____ (fecha de terminación).
- B. _____ - En caso de invalidez mía.
- C. _____ - En caso de mi muerte.

Este documento se puede rescindir en cualquier momento completando una revocación o creando un nuevo formulario de poder notarial menor.

7. Este poder notarial se registrará por las leyes del estado de California y pone fin a cualquier forma escrita anterior.

Firma del padre/tutor designado por el tribunal:

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

Firma del padre/tutor designado por el tribunal:

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

ACEPTACIÓN POR APODERADO

El Apoderado abajo firmante reconoce y ejecuta este Poder Notarial, y mediante dicha ejecución afirma que yo: (A) acepto el nombramiento; (B) comprender los deberes bajo el Poder Notarial y bajo la ley.

Firma del apoderado: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

AFIRMACIÓN DE UN TESTIGO

Presenció la ejecución de este Poder Notarial por parte del Padre/Tutor(es) Designado(s) por el Tribunal, y afirmo que el Padre/Tutor(es) Designado(s) por el Tribunal me pareció estar en su sano juicio, no estaba bajo coacción, y el Padre/Tutor(es) Designado(s) por el Tribunal me afirmó que estaba al tanto de la naturaleza de este Poder Notarial y lo firmó libre y voluntariamente.

Testigo 1 Firma: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Firma del testigo 2: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

RECONOCIMIENTO NOTARIAL
[completado solo por Notario]

En el estado de _____,
_____ Condado, EE. UU.

En _____, delante de mí apareció _____ (Nombre del Padre/Tutor), como el/los Padre/Tutor(es) designado(s) por el Tribunal que me demostraron a través de una identificación con foto emitida por el gobierno ser la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente, quien en mi presencia ejecutó el instrumento anterior y reconoció que ejecutó el mismo como su acto y obra libres.

Notario Público

Imprimir nombre: _____

Mi comisión caduca: _____

_____ (Sello del Notario)