

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Designación de Cuidador Autorizado**

Conformidad con §5-1551-1555 de la ley de obligaciones generales del estado de Nueva York.

1. \_\_\_\_\_, por la presente declaro que soy el padre o tutor legal del niño o persona discapacitada, nombrado a continuación y no hay órdenes judiciales ahora en efecto en cualquier jurisdicción que prohíba de ejercer el poder que ahora tratan de autorizar.

2. La dirección y teléfono (s) donde puedo ser alcanzado mientras que esta designación es en efecto es:

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

3. Estoy encargando temporalmente \_\_\_\_\_, una persona mayor de dieciocho años que reside en

\_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ a la atención para el siguiente niño o persona discapacitada:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

4. Cualquier autoridad concedido a la persona en relación de los padres en virtud de esta forma será válida (nota esta designación no puede utilizarse para más de 6 meses).

- \_\_\_\_ A. Por (6) meses de la fecha de firma de esta designación, o hasta la fecha de caducidad, lo que ocurra primero, o
- \_\_\_\_ B. Por (30) treinta días partir de la fecha de firma de esta designación, o hasta la fecha de caducidad, lo que ocurra primero, o
- \_\_\_\_ C. Desde \_\_\_\_\_ (fecha) hasta e incluyendo \_\_\_\_\_ (fecha) o hasta la fecha de caducidad, lo que ocurra primero, o
- \_\_\_\_ D. comienza a \_\_\_\_\_ (evento del estado) y que continúa hasta el \_\_\_\_\_, o hasta la fecha de caducidad, lo que ocurra primero.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

5. En cuanto a lo anterior nombre niño o persona discapacitada, la persona en relación de paternidad arriba mencionado está autorizada para (**por favor e inicial de todas las que apliquen**)

- \_\_\_ el consentimiento a la atención sanitaria general
- \_\_\_ consentimiento para vacunas
- \_\_\_ acepta proyecciones del desarrollo
- \_\_\_ consentimiento para examen de salud mental

• **Excepto cuando lo prohíba la ley 2504 de salud pública del estado de Nueva York**

Cualquiera de las autorizaciones anteriores pueden estar limitada por las condiciones definidas por el padre, y, si limitada, las limitaciones se escriben a continuación (ejemplo: el padre quiera excluir una cierta inmunización de la autoridad para consentir).

---

---

---

**6. Aviso a los padres y personas en las relaciones de los padres:**

- Autorizaciones son válidas hasta el anterior de revocación por un padre o de la fecha especificada.
- Padres después de haber firmado esta designación pueden revocar a su voluntad, pero deben notificar a proveedor de CFH.
- También notificará a la persona que recibió la notificación de uno de los padres de dicha revocación, CFH personal o proveedores.

Esta autorización es temporal, pero puede ser renovada por los padres o tutor legal. Sin embargo, los padres/tutores y personas en relación de los padres implicado en arreglo de cuidado a largo plazo pueden solicitar un arreglo legal permanente por iniciar un procedimiento judicial para nombrar tutela legal o para determinar la custodia.

Nota: Abajo de todas las firmas deben ser notariadas si la autorización es por un período superior a 30 días.

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí este

\_\_\_ Día de \_\_\_20\_\_\_.

---

Notario público

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_, soy también el padre o tutor legal del niño o persona discapacitada nombrada en este documento, hay una orden judicial de dirigir que ambos padres deben acordar las decisiones de salud relativas a tal niño o incapacitada la persona, y por este medio autorizo a esta designación por mi firma a continuación:

La dirección y números telefónicos donde puedo ser alcanzado mientras que esta designación es en efecto son:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí este

\_\_\_ Día de \_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Notario público**

8. Yo, \_\_\_\_\_, soy también el padre o guardián Leal de la niño/incapacitado persona nombrada en este documento, por el presente consentimiento a esta designación por mi firma abajo **(debe ser completado por todas las designaciones superiores a 30 días)**.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí este

\_\_\_ Día de \_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Notario público**