

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