

# **Lo que usted debería saber sobre el poder notarial especial, la designación de custodia temporal y la designación de un sustituto para el cuidado médico de un niño menor de edad**

Este es un documento por medio del cual usted expresa sus intenciones con respecto al cuidado de su hijo menor de edad (menor de 18 años) en caso de que usted no pueda hacerlo. Se describen acciones específicas que pueden ser ejecutadas en su ausencia por la persona a quien usted elija para el cuidado de su hijo. El documento solamente se refiere a esos poderes. Este documento también permite estipular la identidad de una segunda persona capaz de cuidar a su hijo, en caso de que la primera no pueda asumir esta responsabilidad.

Al ser completado, firmado en presencia de un testigo, este documento le otorga a otra persona la responsabilidad temporal de cuidar a sus hijos, e interactuar en su ausencia con las escuelas y los proveedores de servicios médicos. Es importante aclarar que éste es un permiso especial y temporal. No implica que la persona designada sea responsable económicamente por su hijo, ni que tenga poderes permanentes al respecto.

Usted puede revocar este documento en cualquier momento al escribir una carta que diga que deroga este poder especial. Dicha carta (firmada y atestiguada) debe ser presentada a las escuelas, a los centros de atención médica, u a otros lugares donde el cuidador temporal de sus hijos ha interactuado en su ausencia.

Para que este documento se considere válido, sólo puede ser creado por un(a) progenitor(a) o por alguien que haya adoptado legalmente los niños cuyo cuidado le concierna.

El documento ha sido redactado por un abogado de Florida con experiencia en procedimientos sobre poderes notariales. Sin embargo, no garantiza 100% que sus deseos serán aceptados. Los estatutos de relevancia dicen que no es necesario que el documento sea validado por un notario legal, pero que necesita ser firmado por dos testigos. Esto ayuda sobre todo a los que no tengan las formas de identificación necesarias para comprobar su identidad según las leyes de Florida para que un documento sea validado por un notario. Por lo general uno tiene que tener una forma de identificación con foto, válida en Florida o emitida en los Estados Unidos, tal como una licencia para conducir o una identificación estatal. Si uno tiene un pasaporte no estadounidense, éste debe tener un sello del visado estadounidense. También se acepta una identificación de las fuerzas armadas estadounidenses, entre otras opciones restringidas.)

Este documento sólo es válido en el Estado de Florida. Guarde una copia del documento en su casa. Puede dejar otra copia con la persona dispuesta a ser el cuidador temporal y sustituto médico de sus hijos.

Palabras para entender  
Principal: padre o madre  
Agent / Alternate Agent: Cuidador temporal

For reprint permission contact [rwHP@cafl.com](mailto:rwHP@cafl.com)

## **What you should know about the Special Power of Attorney, Designation for Temporary Custody and Designation of Health Care Surrogate for Minor Child**

This is a document to express your desire (intent) in terms of caring for your minor children (under age 18) should you not be able to do so. It outlines specific actions the individual that you select to care for your child can take in your absence. It is limited to only those powers. The document allows for you to select a second temporary caregiver who can take care of your child, just in case the first caregiver you have selected is not able to carry out this responsibility.

Once completed, signed and witnessed, this form gives temporary responsibility to an individual to care for your children and interact with schools and medical facilities in your absence. Again, this is a temporary, special permission. It does not imply that the temporary caregiver is financially responsible for your child, or that they have permanent rights over your child.

This document can be revoked (cancelled) at anytime by writing a letter that explains that you are ending this special power. You would then present the signed and witnessed form to such places as the school or medical centers that have been interacting with the temporary caregiver you have identified, during your absence.

For this form to be valid, it may only be created by a biological parent or by a parent who has legally adopted the children whose care you are concerned about.

This document does not guarantee 100% that your wishes will be accepted. But, a Florida lawyer with experience in Power of Attorney procedures wrote this form based on the Florida statues (legal rules). Those statues say that it does not require that it be notarized, but just that it has two witnesses in order for it to have effect. This is especially useful for those who do not have the legal types of identification required to prove your identify according to Florida law for a document to be notarized. (Generally one must have a valid Florida, or US issued, picture identification, such as a driver's license, or state identification. If one has a non-U.S. passport they must have a valid U.S. visa stamp in the passport. Also acceptable is a U.S. military identification among other restrictive options).

This document is only valid in the State of Florida. Keep a copy of this document in your home. Another copy can be left with the person who is willing to be the temporary caregiver and medical surrogate.

Words to understand:

Principal = Parent  
Agent/ Alternate Agent = Temporary Caregiver

**¡Ojo! Esto es una orden legal para usar en el estado de la Florida.**

**Cada estado es diferente. Hable con su abogado en su área para mas detalles.**

**Poder notarial especial para la custodia temporal, la designación de custodia temporal y la designación de un sustituto para el cuidado médico de niños menores de edad**

**(DOS PADRES—VARIOS HIJOS)**

Se registra este poder notarial especial, la designación de custodia temporal y la designación de un sustituto para el cuidado médico de niños menores de edad el \_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_, del año 20\_\_ \_\_, por \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (principales), como padres, tutores legales o naturales de los hijos menores de edad conocidos como:

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____.
Nombre _____	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____.
Nombre _____	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____.
Nombre _____	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____.
Nombre _____	Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____.

Por este medio nosotros designamos como nuestro Agente a (nombre) \_\_\_\_\_, (dirección) \_\_\_\_\_,

(teléfono) \_\_\_\_\_ para ejercer la custodia temporal de nuestros hijos menores de edad. En el caso de no estar dispuesto, capaz, o razonablemente disponible a cumplir con esta responsabilidad, nosotros designamos a (nombre) \_\_\_\_\_,

(dirección) \_\_\_\_\_,

(teléfono) \_\_\_\_\_, como nuestro Agente Alternativo.

Además de otorgar a nuestro Agente / Agente Alternativo la custodia temporal de nuestros hijos menores de edad conste por el presente documento que designamos a nuestro Agente / Agente Alternativo como verdadero y legítimo abogado con total poder legal y autoridad para actuar en nuestro lugar con respecto a los siguientes poderes:

1. Para inscribir o retirar de cualquiera escuela u otra institución de educación a nuestros hijos menores de edad;
2. Para autorizar y dar permiso para toda evaluación, tratamiento, procedimiento, cirugía o servicio médico, dental, quirúrgico, dentro o fuera de un hospital de nuestros hijos menores de edad,
3. Para comunicar y cambiar información con cualquier oficial de escuela pública o privada respecto a todo lo pertinente a la educación, seguridad, salud y bienestar de nuestros hijos menores de edad;
4. Para ejecutar toda solicitud, permiso, consentimiento, autorización, y renuncia necesarios o apropiados para que nuestros hijos menores de edad participen en todo evento, actividad y/o programa;
5. Para emplear, retener y despedir a cualquier persona que cuida, aconseja, trata, o de otra manera ayuda a nuestros hijos menores de edad;
6. Para ejecutar los mismos derechos paternos que ejecutamos nosotros con respecto al cuidado, a la custodia y al control de nuestros hijos menores de edad, y la discreción para ejecutar los mismos derechos en la casa de nuestro apoderado u otro sitio escogido por él o ella;
7. Para llevar a cabo toda acción necesaria o relacionada a la ejecución de los poderes enumerados en este documento;
8. Para actuar en función de padres o tutores legales de nuestros hijos menores de edad.

ADEMÁS le conferimos a nuestro designado legal el pleno poder y autoridad para hacer y llevar a cabo toda acción y cosa cualquiera requerida y necesaria en o alrededor del hogar en forma tal como podríamos hacer nosotros si estuviéramos presentes personalmente, con pleno poder, sustitución y revocación, y por este medio ratificamos y confirmamos todo lo que nuestro apoderado o su sustituto haga o cause por hacer en virtud de ello.

COMO TUTORES NATURALES (definido en §744.301(1), Florida Statutes) de los menores de edad nombrados en este documento, por este medio designamos a nuestro Agente / Agente Alternativo nombrado arriba para actuar como nuestro sustituto en las decisiones sobre el cuidado de la salud de nuestros hijos menores de edad, conforme a las disposiciones de §765.2035 y §765.2038, Florida Statutes, en caso de que nosotros no podamos o estemos razonablemente disponibles para consentir al tratamiento médico o procedimientos diagnósticos o quirúrgicos para nuestros hijos menores de edad.

AUTORIZAMOS Y PEDIMOS que todo médico, hospital u otro proveedor de servicios médicos siga las direcciones de nuestro Agente o Agente Alternativo, sean como sean las circunstancias y cuando sean con respecto al cuidado o tratamiento médico, quirúrgico y diagnóstico de nuestros hijos menores de edad, siempre y cuando el cuidado y el tratamiento médicos sean según los consejos de un médico autorizado.

OTORGAMOS A NUESTRO APODERADO el poder y la autoridad para servir como nuestro representante personal en todo lo relacionado con la *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996, (siglas: HIPAA), incluyendo los derechos para pedir, obtener, revisar, y dar acceso a otros al expediente médico y cualquier documento o comunicación protegidos por los privilegios paciente-médico estipulados en HIPAA.

CUALQUIER ACTO LÍCITO ejecutado por nuestro apoderado será jurídicamente vinculante sobre nosotros, nuestros herederos, beneficiarios, representes personales y cesionarios. Reservamos el derecho de enmendar o revocar este Poder Notarial Especial en cualquier momento; sin embargo cualquier parte que trate con nuestro apoderado puede confiar en este Poder Notarial Especial hasta que reciba una copia de la revocación de éste.

CUALQUIER COPIA REPRODUCIDA de este original será considerada como equivalente original de este Poder Notarial Especial.

COMPRENDEMOS PLENAMENTE que esta designación permitirá que nuestro Agente o Agente Alternativo tome decisiones sobre el cuidado de salud de nuestros hijos menores de edad y que provea, retenga, o retire el consentimiento en nuestro nombre, que solicite los beneficios públicos para sufragar el cuidado médico, y que autorice el ingreso o traslado de nuestros hijos menores de edad a ó de un centro de salud.

ESTE PODER NOTARIAL ESPECIAL, DESIGNACIÓN DE CUSTODIA TEMPORAL, Y DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO PARA EL CUIDADO MÉDICO DE NIÑOS MENORES DE EDAD permanecerá en pleno efecto hasta que sea revocado por escrito por nosotros.

FIRMADO Y ATESTIGUADO el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, del año 20\_\_

Agente / Agente Alternativo NO puede servir como Testigo.

Testigo: \_\_\_\_\_  
Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_ PRINCIPAL

Testigo: \_\_\_\_\_  
Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_ PRINCIPAL

**SPECIAL POWER OF ATTORNEY, DESIGNATION FOR TEMPORARY CUSTODY,  
AND  
DESIGNATION OF HEALTH CARE SURROGATE FOR MINOR CHILD  
( TWO PARENTS – ONE CHILD )**

THIS SPECIAL POWER OF ATTORNEY, DESIGNATION FOR TEMPORARY CUSTODY, AND DESIGNATION OF HEALTH CARE SURROGATE FOR MINOR CHILD is entered into on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, by \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ (Principals), as the parents, custodians and natural guardians of the minor child known as \_\_\_\_\_, whose date of birth is \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. We hereby appoint (name)\_\_\_\_\_, (address)\_\_\_\_\_, (telephone)\_\_\_\_\_, as our Agent to have temporary custody of our minor child. In the event our Agent is not willing, able, or reasonably available to perform his or her duties, we hereby appoint (name)\_\_\_\_\_, (address)\_\_\_\_\_, (telephone)\_\_\_\_\_, as our Alternate Agent.

In connection with granting temporary custody of our minor child to our Agent / Alternate Agent, we hereby appoint our Agent / Alternate Agent as our true and lawful attorney-in-fact, with full power and authority to act in our place and stead with respect to the following powers:

1. To enroll or withdraw our minor child from any school or other educational institution;
2. To authorize and consent to any and all medical, dental, hospitalization, surgical, pharmaceutical, or other health care examination, treatment, procedure, surgery or service for our minor child;
3. To communicate with and exchange information with all public or private school officials pertaining to any and all aspects of education, safety, health and welfare of our minor child;
4. To execute any and all applications, permissions, consents, authorizations and releases necessary or appropriate for our minor child to participate in any and all events, activities and programs;
5. To employ, retain or discharge any person who may care for, counsel, treat, or in any manner assist our minor child;
6. To exercise the same parental rights we may exercise with respect to the care, custody and control of our minor child, and the discretion to exercise the same rights in our attorney-in-fact's home or any other place selected by our attorney-in-fact in his or her discretion;
7. To perform all other acts necessary or incidental to the execution of the powers enumerated herein; and
8. To do any and all acts and things we could do as parents, custodians and legal guardians of our minor child if we were personally present.

AND WE DO FURTHER confer upon our attorney-in-fact full power and authority to do and perform all and every act and thing whatsoever requisite and necessary to be done in and about the premises as fully, to all intents and purposes, as we might or could do if personally present, with full power of substitution and revocation, hereby ratifying and confirming all that our said attorney-in-fact or our said attorney-in-fact's substitute shall lawfully do or cause to be done by virtue hereof.

AS NATURAL GUARDIANS (as defined in §744.301(1), *Florida Statutes*) of the minor child named above, we hereby designate our Agent / Alternate Agent named above to act as our surrogate for health care decisions for our above-named minor child, pursuant to the provisions of §765.2035 and §765.2038, *Florida Statutes*, in the event that we are not able or reasonably available to provide consent to medical treatment and surgical and diagnostic procedures for our minor child.

WE AUTHORIZE AND REQUEST all physicians, hospitals, or other providers of medical services to follow the instructions of our Agent or Alternate Agent, as the case may be, at any time and under any circumstances whatsoever with regard to medical treatment and surgical and diagnostic procedures for our minor child, provided the medical care and treatment of the minor child is on the advice of a licensed physician.

WE GRANT TO OUR SURROGATE the power and authority to serve as our personal representative for all purposes of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, as amended (HIPAA), including the rights to demand, obtain, review, and release to others our child's medical records, documents, and any communications protected by patient-physician privileges contained in HIPAA.

ANY LAWFUL ACT performed by our attorney-in-fact shall be binding upon ourselves, our heirs, beneficiaries, personal representatives and assigns. We reserve the right to amend or revoke this Special Power of Attorney at any time; however, any party dealing with our attorney-in-fact may rely upon this Special Power of Attorney until receipt of a copy of a revocation of this Special Power of Attorney.

ANY REPRODUCED COPY of this signed original shall be deemed to be an original counterpart of this Special Power of Attorney.

WE FULLY UNDERSTAND that this designation will permit our Agent or Alternate Agent to make health care decisions for our minor child and to provide, withhold, or withdraw consent on our behalf, to apply for public benefits to defray the cost of health care, and to authorize the admission or transfer of our minor child to or from a health care facility.

THIS SPECIAL POWER OF ATTORNEY, DESIGNATION FOR TEMPORARY CUSTODY, AND DESIGNATION OF HEALTH CARE SURROGATE FOR MINOR CHILD shall remain in full force and effect until revoked by us in writing.

WE FULLY UNDERSTAND that this designation will permit our Agent or Alternate Agent to make health care decisions for our minor child and to provide, withhold, or withdraw consent on our behalf, to apply for public benefits to defray the cost of health care, and to authorize the admission or transfer of our minor child to or from a health care facility.

SIGNED AND WITNESSED on the \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,

**Agent/Alternate Agent may NOT act as Witness.**

Witness: \_\_\_\_\_  
Printed Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**PRINCIPAL**

Witness: \_\_\_\_\_  
Printed Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**PRINCIPAL**