

Special Power of Attorney for Temporary Custody, Designation of Temporary Custodian, and Designation of a Substitute for the Medical Care of Minor Children

I, _____ (parent name), residing at: _____, State of Florida, as the natural parent of:

Child _____, DOB _____

Child _____, DOB _____

Child _____, DOB _____

executes this special power of attorney, designation of temporary custodian, and designation of a substitute for the medical care of minor child(ren).

Through this document, I designate (name) _____, DOB _____, (address) _____, (telephone) _____, as the Agent to exercise temporary custody of the minor child(ren).

In the case that he/she is unavailable, incapable, or reasonably unwilling to accept this responsibility, I designate as the Alternative Agent: (name) _____, DOB _____, (address) _____, (telephone) _____.

In addition to granting the temporary custody of the minor child(ren) to the Agent/Alternative Agent, I also bestow upon the Agent/Alternative Agent, through this document, true and legitimate power of attorney to act in my place with respect to the following matters:

1. To enroll or withdraw the minor child(ren) from school or other educational institution;
2. To authorize and give permission for any evaluation, treatment, procedure, surgery, or medical, dental, or surgical service inside or outside of a hospital for the minor child(ren);
3. To communicate and exchange information with whatever public or private school official with respect to anything pertaining to the education, safety, health, and wellbeing of the minor child(ren);
4. To execute any application, permission, consent, authorization, and withdrawal necessary or appropriate so that the minor child(ren) participate in all events, activities, and/or programs;
5. To employ, retain, or dismiss any person that cares for, advises, treats, or helps in any form the minor child(ren);
6. To execute the same parental rights that I execute with respect to the care, custody, and control of the minor child(ren), and the discretion to carry out those same rights in their own home or another location chosen by him/her;
7. To carry out all action necessary or related to the execution of the enumerated powers in this document;
8. To act as parents or legal guardians of the minor child(ren).

Furthermore, I confer to the Agent/Alternative Agent the full power and authority to make and carry out any action required and necessary in or around the home in the way I could if I were present,

with full power, substitution, and revocation, and through this document I ratify and confirm all that my Agent/Alternative Agent does or causes under this document.

As natural guardian (defined in Florida Statute 744.301(1)) of the minor child(ren) named in this document, through this document I designate my Agent/Alternative Agent named above to act as my substitute in the decisions regarding the healthcare of the minor child(ren), conforming to the regulations of Florida Statute 765.2035 and 765.2038, in case I cannot or am not reasonably able to consent to the medical treatment or diagnostic or surgical procedures for the minor child(ren).

I authorize and ask that all doctors, hospitals, and other medical service providers follow the instructions of my Agent/Alternative Agent,

I grant to my Agent/Alternative Agent the power and authority to serve as my personal representative in everything related to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), including the right to request, obtain, revise, and give access to medical records and any documents or communications protected by the doctor-patient privileges stipulated in HIPAA.

Whatever lawful act executed by my Agent/Alternative Agent will be legally binding on me, my heirs, beneficiaries, personal representatives, and assignees. I reserve the right to amend or revoke this Special Power of Attorney at any point; however, any party that deals with my Agent/Alternative Agent can rely on this Special Attorney Power until he/she receives a copy of the revocation of this document.

Any copy reproduced of this original document will be considered equivalent to this original Special Power of Attorney.

I completely understand that this designation will permit my Agent/Alternative Agent to make decisions about the healthcare of the minor child(ren) and provide, retain, or withdraw consent in my name, to apply for public benefits to defray the cost of healthcare, and to authorize the hospitalization or transfer of the minor child(ren) to or from a health center.

This Special Power of Attorney, Designation of Temporary Custodian, and Designation of a Substitute for the Medical Care of Minor Children will remain in full effect until it is revoked by me in writing.

In Witness Whereof, I have signed my name the _____ day of _____, 20__.

Principal (Parent Signature)

Principal (Parent Name Printed)

Witness 1 (Signature & Print Name)

Witness 2 (Signature & Print Name)

STATE OF FLORIDA
COUNTY OF _____

Sworn to or affirmed and signed before me this _____ day of _____, 20__, by _____

(NOTARY SEAL) _____ (Signature of Notary Public-State of Florida)
_____ (Name of Notary Typed, Printed, or Stamped)

Personally Known _____ OR Produced Identification _____ OR Credible Witness Jurat _____
Type of Identification Produced _____

SAMPLE

Poder Legal Especial Para la Custodia Temporal, Designación de Custodio Temporal y Designación de un Substituto Para el Cuidado Médico de Niños Menores de Edad

Yo, _____ (nombre del padre), viviendo en _____, en el Estado de La Florida, cómo el/la padre/madre natural de:

Niño/a _____, Fec. Nac. _____

Niño/a _____, Fec. Nac. _____

Niño/a _____, Fec. Nac. _____

Ejecuto éste poder legal especial, designación de custodio temporal y designación de un sustituto para el cuidado médico de niños menores de edad.

Mediante este documento, yo nombro a (nombre) _____, (fecha de nacimiento) _____, (dirección) _____, (teléfono) _____, como el agente para ejercer custodia temporal de los niños menores de edad.

En el caso que él/ella no esté disponible para, sea incapaz de o esté razonablemente renuente de aceptar esta responsabilidad, yo declaro como agente alternativo a: (nombre) _____, (fecha de nacimiento) _____, (dirección) _____, (teléfono) _____.

Al igual que en otorgar la custodia temporal de los niños menores al Agente/Agente Alternativo, también otorgo sobre el Agente/Agente Alternativo, mediante este documento, verdadero y legítimo poder legal para actuar en mi lugar con respecto a los siguientes asuntos:

1. Para inscribir y retirar a los niños menores de la escuela o de otra institución educacional;
2. Para autorizar y dar permiso para cualquier evaluación, tratamiento, procedimiento, cirugía o servicio dental o médico adentro o afuera de cualquier hospital para los niños menores de edad.
3. Para comunicar e intercambiar información con cualquier oficial de escuela pública o privada con respecto a cualquier cosa pertinente a la educación, seguridad, salud y bienestar de los niños menores de edad.
4. Para ejecutar cualquier solicitud, permiso, consentimiento, autorización y cualquier retiro necesario o apropiado para que los niños menores de edad participen en todos los eventos, actividades y/o programas.
5. Para emplear, retener o despedir a cualquier persona que cuide, aconseje, trate o ayude en cualquier forma a los niños menores de edad.

**ESTE DOCUMENTO ES SÓLO UN EJEMPLO. NO LO NOTARICE.
ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR EN INGLÉS PARA SER LEGAL**

6. Para ejecutar los mismos derechos paternales que yo ejecute con respecto al cuidado, la custodia y el control de los niños menores y la discreción para llevar a cabo los mismos derechos en su propia casa o en otro lugar escogido por él/ella.
7. Para llevar a cabo cualquier acción necesaria o relacionada para la ejecución de los poderes enumerados en este documento.
8. Para actuar como representante legal de los niños menores de edad.

Además, yo le otorgo al Agente/Agente Alternativo todo el poder y autoridad para llevar a cabo cualquier acción requerida y necesaria sobre el hogar de la misma manera como si yo estuviera presente, con todo el poder, sustitución y revocación, y mediante este documento yo ratifico y confirmo todo lo que mi Agente/Agente Alternativo haga o cause bajo este documento.

Como guardián natural (definido en el Estatuto de la Florida 744.301(1)) de los niños menores de edad nombrados en este documento. Por medio de este documento, yo designo a mi Agente/Agente Alternativo nombrado arriba, en actuar como mi sustituto en decisiones respecto al cuidado de salud de los niños menores de edad, conforme a las regulaciones del Estatuto de la Florida 765.2035 y 765.2038, en caso de que yo no pueda o sea razonablemente capaz de dar consentimiento para tratamiento médico, diagnósticos o procedimientos quirúrgicos para los niños menores de edad.

Yo autorizo y pido que todos los doctores, hospitales y otros proveedores de servicios médicos sigan las instrucciones de mi Agente/Agente Alternativo.

Yo le otorgo al Agente/Agente Alternativo el poder y autoridad de servir como mi representante personal en todo relacionado al "Health Insurance Portability and Accountability Act" of 1996 (HIPAA), incluyendo el derecho a solicitar, obtener, revisar y dar acceso a los archivos médicos y otros documentos o comunicaciones protegidos por el privilegio de doctor y paciente estipulado en HIPAA.

Cualquier acto legal ejecutado por mi Agente/Agente Alternativo será legalmente obligatorio sobre mis herederos, beneficiarios, representantes personales y los asignados. Yo reservo el derecho de enmendar o revocar este Poder Legal Especial en cualquier momento; sin embargo, cualquier partido que trate con mi Agente/Agente Alternativo puede depender de este Poder Legal Especial hasta que él/ella reciba una copia revocando este documento.

Cualquier copia reproducida de este documento original será considerada de igual manera a este Poder Legal Especial.

Entiendo completamente que esta designación permitirá a mi Agente/Agente Alternativo a tomar decisiones sobre la salud médica de los niños menores de edad, y proveer, retener o revocar consentimiento en mi nombre, para aplicar por beneficios públicos para

**ESTE DOCUMENTO ES SÓLO UN EJEMPLO. NO LO NOTARICE.
ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR EN INGLÉS PARA SER LEGAL**

cubrir el costo de salud médica y para autorizar la hospitalización o el traslado de los niños menores de edad a/de un centro médico.

El Poder Legal Especial, Designación de Custodia Temporal y Designación de un Substituto Para el Cuidado Médico de Niños Menores de Edad, permanecerá en pleno efecto hasta que sea revocado por mí, por escrito.

En la presencia de los siguientes testigos, yo he firmado éste documento el _____ día _____, de _____, del 20_____.

Principal (Firma del Padre)

Principal (Nombre del Padre)

Testigo (Firma y Nombre)

Testigo (Firma & Nombre)

STATE OF FLORIDA
COUNTY OF _____

Sworn to or affirmed and signed before me this _____ day of _____, 20_____, by _____

(Signature of Notary Public-State of Florida)
(NOTARY SEAL) _____ (Name of Notary Typed, Printed, or Stamped)

Personally Known _____ OR Produced Identification _____
Type of Identification Produced _____