



**CARTA PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
DELEGAR AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES DE LA SALUD**

Nombre del **Menor o Persona Incapacitada**: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del **Padre o Guardián Legal**: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la Persona Autorizada

para tomar decisiones de atención médica: _____
(Relación al menor o la persona incapacitada)

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

POR LA PRESENTE SE HACE SABER:

Que yo, _____ **un padre o guardián legal** del menor o persona incapacitada mencionada anteriormente conforme a el código § 15-5-104 de Idaho, por lo presente nombro a _____ como mi agente/apoderado legal, para buscar y dar su consentimiento a cualquier atención médica, tratamiento o servicios recomendados por un proveedor de atención médica con licencia al que se presente el niño o persona incapacitada mencionado anteriormente; a recibir información de atención médica relacionada con el niño o persona incapacitada antes mencionada; y de otro modo tomar decisiones de atención médica para el niño o la persona incapacitada mencionada anteriormente, sujeto a las siguientes limitaciones o restricciones:

- Sin limitaciones ni restricciones
- Otro _____

Cualquier persona, incluyendo mi agente/apoderado legal, puede confiar en la validez de este poder o una copia del poder, a menos que esa persona realmente sabe que ha sido terminado o inválido. Por la presente libero y acepto defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a mi agente/apoderado legal y a cualquier proveedor de atención médica con licencia que se base en este poder al proporcionar atención o tratamiento al niño o persona incapacitada antes mencionada de cualquier pérdida, responsabilidad, reclamo, juicio y daño.

SI SE DELEGA UN MENOR, A UN CIERTO PARIENTE CERCANO COMO SE DESCRIBE A CONTINUACION:

Si mi agente/apoderado legal es **un abuelo/a del niño nombrado anteriormente**, **un hermano/a mayor de cualquiera de los padres del niño mencionado anteriormente**, o **un hermano/a mayor de edad del niño nombrado anteriormente**, el presente poder tendrá plena validez y efecto durante un período de **tres (3) años**, O a partir de _____ hasta _____), a menos que yo realice una revocación por escrito antes de tiempo.

SI SE DELEGA UNA PERSONA INCAPACITADA O UN MENOR, A UNA PERSONA QUE NO ES UN PARIENTE CERCANO:

Si mi agente/apoderado legal no es una persona listada inmediatamente arriba (no es un pariente "cercano" del niño mencionado anteriormente), este poder permanecerá en plena validez y efecto a partir de _____ hasta _____ (**no excediendo seis (6) meses**), a menos que yo realice una revocación por escrito antes de tiempo.

Firma del Padre o Guardian Legal

Fecha