

## APÉNDICE B

# FORMULARIOS IMPORTANTES

## Instrucciones para la Delegación de Autoridad Parental

### Paso 1: Prepare su Delegación de Autoridad Parental

Utilice la herramienta [Hágalo usted mismo para delegar la autoridad parental](#).

### Paso 2: Firme el formulario de delegación de autoridad parental

La ley de Michigan establece que una Delegación de Autoridad Parental es válida sin la firma de un notario o de testigos. **Sin embargo, es más probable que algunos médicos, escuelas u otras personas la acepten si el formulario está firmado por un notario y testigos.** Si puede, es mejor tener testigos y un notario que atestigüen su firma y que firmen el formulario.

Otros estados exigen que el formulario de Delegación de Autoridad Parental esté firmado por un testigo y un notario. Si usted lo firma ante un testigo y un notario, aumentará las posibilidades de que sea aceptado en otro estado, si fuera necesario. Además, los profesionales de la salud, las escuelas y otras personas que interactuarán con este formulario no son expertos legales. Aunque deberían aceptar el formulario sin las firmas de testigos y de un notario, es posible que no estén seguros si deben o no hacer lo que dice. Tener el formulario atestiguado y notariado permite que las consultas médicas y las escuelas tengan la tranquilidad de saber que el formulario es válido.

Suelen haber notarios disponibles en las oficinas de los condados, tales como la oficina del secretario del condado, en bancos, en cooperativas de crédito, despachos de abogados y compañías de seguros. Algunos notarios sólo firman documentos como parte de su trabajo. Llame primero para asegurarse de que el notario esté dispuesto a ayudarle con un documento de este tipo, y para averiguar si cobran honorarios.

**Si va a firmar un documento ante notario**, no lo firme hasta que esté en presencia del notario. Lleve dos testigos consigo. Firme el documento delante de los testigos y del notario en la parte inferior de la primera página, donde dice «Firma del padre/los padres». Después de que usted lo haya firmado (así como el otro progenitor, si es que lo firma), los testigos deben firmar en la parte superior de la segunda página, donde dice «Testigos». Deben firmar en el renglón superior y luego escribir su nombre claramente en el renglón justo debajo de su firma. Una vez que usted y los testigos hayan firmado, entregue el formulario al notario quien completará su parte.

**Si no utiliza testigos ni notario**, firme su formulario en la parte inferior de la primera página, donde dice «Firma del padre/los padres».

### Paso 3: Opcional: Adjunte documentos sobre la atención médica

Si incluyó la información sobre los proveedores de atención médica de sus hijos y su información médica, se creará un formulario llamado «Anexo de Información de Salud.» No es obligatorio completar este formulario, pero puede ser útil para la persona que usted nombró cuidador.

También le puede ser útil al cuidador tener una copia de la tarjeta del seguro médico de sus hijos. Si desea hacer una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro, adjúntela después al Anexo de Información de Salud.

**Paso 4: Decida dónde guardar el original del documento de Delegación de Autoridad Parental**

Guarde el documento de Delegación de Autoridad Parental en un lugar seguro. Si su agente (la persona que usted nombra para cuidar de su hijo) va a utilizar el formulario de inmediato, entréguele el original.

Algunas personas optan por conservar el original si no van a dejar a su hijo inmediatamente con la persona designada en el formulario.

Lo que usted haga dependerá de cómo vaya a utilizar el formulario y de lo que le parezca seguro. Quedarse con el formulario garantiza que la persona nombrada no ejerza la autoridad parental antes de que usted lo desee. Entregar el formulario original a la persona designada garantiza que, en caso de emergencia, pueda tomar decisiones de inmediato sin antes tener que buscar los documentos.

**Paso 5: Haga copias del documento de Delegación de Autoridad Parental y distribúyalo**

Haga al menos una copia del documento de Delegación de Autoridad Parental. Guarde una copia para su propio archivo y entregue el original a la persona que cuidará de su hijo. La persona que cuide al niño necesitará el documento original firmado cuando lo quiera utilizar, por lo que, si decide quedarse usted con el original, debe asegurarse de que la persona que ha nombrado en el formulario sepa cómo encontrar el documento si surge una emergencia.

## Delegation of Parental Authority/Delegación a poder paternal

We, \_\_\_\_\_ and  
Name of parent #1  
\_\_\_\_\_, wish to temporarily  
Name of parent #2  
leave our minor child \_\_\_\_\_  
name of child(ren)  
in the care and custody of \_\_\_\_\_,  
name of agent  
who lives at \_\_\_\_\_,  
Street address  
\_\_\_\_\_, Michigan \_\_\_\_\_.  
City zip code

We appoint and vest in our Agent full powers as a substitute parent, giving them the authority to do anything and everything required for our child's care. We also authorize our Agent to do any of the things that we, as a parent, could do on behalf of our child. We specifically authorize \_\_\_\_\_

Name of agent

to:

- (1) Consent to medical and/or dental care for our child;
- (2) Enroll our minor child in appropriate schools and/or educational programs;
- (3) Act or consent to any and all acts with respect to our child's health and well-being, except the power to consent to guardianship, adoption, or marriage.

This delegation of parental powers is given pursuant to MCL 700.5103, and will become effective on \_\_\_\_\_. This power expires six (6) months from the date it begins or on my declaration, whichever comes first.

Nosotros, \_\_\_\_\_ y  
Nombre de padre #1  
\_\_\_\_\_, deseamos dejar  
Nombre de padre #2  
temporalmente a nuestro hijo(s) menor(es),  
Nombre de hijo(s)  
\_\_\_\_\_, al cuidado y  
custodia de \_\_\_\_\_,  
nombre de agente  
quien vive en \_\_\_\_\_,  
domicilio  
\_\_\_\_\_, Michigan \_\_\_\_\_.  
Ciudad código postal

Designamos y otorgamos a nuestro Agente todo poder como padre sustituto, dándole la autoridad para hacer todo lo que sea necesario para el cuidado de nuestro/a hijo/a. También autorizamos a nuestro Agente a hacer cualquiera de las cosas que nosotros, como padres, podríamos hacer en nombre de nuestro hijo. Específicamente autorizamos a \_\_\_\_\_

Nombre de agente

para:

- (1) Dar consentimiento a atención médica y/o dental de nuestro hijo;
- (2) Inscribir a nuestro hijo menor de edad en escuelas y/o programas educativos apropiados;
- (3) Actuar o dar consentimiento a todos y cada uno de los actos relacionados con la salud y el bienestar de nuestro hijo, excepto el poder de consentir la tutela, la adopción o el matrimonio.

Esta delegación de poderes parentales se otorga de conformidad con MCL 700.5103 y entrará en vigencia el \_\_\_\_\_. Este poder expira seis (6) meses de la fecha en que inicia o a mi declaración, lo ocurra primero.

Signature of Parents/*firma de padres*:

/s/ \_\_\_\_\_

Parent/madre

/s/ \_\_\_\_\_

Parent/padre

NOTE: Michigan does not require this document to be witnessed and notarized. If you wish to have this form witnessed and notarized, do so here:

Ojo: Michigan no exige que este documento sea certificado ante un testigo o notariado. Si desea que este formulario sea certificado ante un testigo o notariado, hágalo aquí:

Witnesses/testigos:

/s/ \_\_\_\_\_

/s/ \_\_\_\_\_

Print name of witness 1, if any:

Print name of witness 2, if any:

Escriba nombre de testigo #1, si lo hay:

Escriba nombre de testigo #2, si lo hay

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

STATE OF MICHIGAN )  
ESTADO DE MICHIGAN )  
\_\_\_\_\_ COUNTY )  
\_\_\_\_\_ CONDADO )

Acknowledged before me and the witnesses, \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ in  
witness #1 name witness #2 name  
\_\_\_\_\_ County, Michigan, on \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_  
County name Date Parent #1 name  
and \_\_\_\_\_ by:  
Parent #2 name

Reconocido ante mí y los testigos, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ en  
nombre de testigo #1 nombre de testigo #2  
el condado de \_\_\_\_\_, en Michigan, el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
Nombre de condado fecha Nombre de padre #1  
y \_\_\_\_\_ por:  
Nombre de padre #2

/s/ \_\_\_\_\_

Notary public/Notario publico: \_\_\_\_\_

State of Michigan, County of \_\_\_\_\_.  
Estado de Michigan, Condado de \_\_\_\_\_.

My commission expires \_\_\_\_\_  
Mi comisión expira \_\_\_\_\_

## Health Information Addendum

<b>Health Insurance Information</b> Our health insurance carrier is: Name: _____ Policy number: _____ group number: _____	<b><i>Información de seguro medico</i></b> <i>Nuestro proveedor de Seguro médico es:</i> <i>Nombre:</i> _____ <i>Numero de póliza:</i> _____ <i>Numero de grupo:</i> _____
<b>Hospital Preference</b> Name: _____ Address: _____ _____	<b><i>Preferencia de hospital</i></b> <i>Nombre:</i> _____ <i>Dirección:</i> _____ _____
<b>Health Care Providers</b> Type of provider: _____ Name of provider: _____ Address: _____ _____ Phone number: _____	<b><i>Proveedores de cuidado de salud</i></b> <i>Tipo de proveedor:</i> _____ <i>Nombre de proveedor:</i> _____ <i>Dirección:</i> _____ _____ <i>Número de teléfono:</i> _____

### **Information about Medical Conditions**

*Información sobre condiciones medicas*

Allergies/*alergias:* \_\_\_\_\_

medical conditions/*condiciones medicas:* \_\_\_\_\_

Medications/*medicamentos:* \_\_\_\_\_

May NOT have the following medications/*no puede tomar los siguientes medicamentos:* \_\_\_\_\_

Other health information/*otra información sobre salud:* \_\_\_\_\_

**DELEGACIÓN DE AUTORIDAD PARENTAL  
CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO DE MI HIJO**

(1) Yo, \_\_\_\_\_, el padre/la madre con la tutela de  
Nombre del padre/madre  
\_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, de conformidad con MCL 700.5103,  
Nombre del hijo Fecha de nacimiento del hijo  
**delego todas las facultades parentales** relativas al cuidado de mi hijo menor de edad, entre otros, el derecho de  
solicitar atención médica, dental o psicológica y a matricular al hijo menor de edad en la escuela a:

\_\_\_\_\_  
Nombre del nuevo tutor

(2) El propósito expreso de este poder es permitir al apoderado hacer todo lo necesario para garantizar el cuidado seguro y eficiente de mi hijo menor de edad y hacer todo lo necesario para su cuidado. El motivo de esta designación no es con fines educativos.

(3) Este poder no confiere a \_\_\_\_\_ la facultad de consentir el matrimonio ni la facultad de  
Nombre del nuevo tutor  
entregar al menor en adopción.

(4) Este Poder Notarial tendrá una vigencia no superior a 180 días, transcurridos los cuáles, podrá ser renovado por el abajo firmante.

(5) El poder otorgado por el presente documento podrá ser revocado en cualquier momento por indicación de  
\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre

Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre

Fecha: \_\_\_\_\_  
Testigo Testigo

Estado de Michigan ) ss  
Condado de )

En el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ compareció en persona ante mí y firmó el documento que antecede y reconoce haberlo hecho libremente.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre: \_\_\_\_\_  
Notario Público, Estado de Michigan, Condado de \_\_\_\_\_  
Actuando en el Condado de \_\_\_\_\_  
Mi comisión finaliza: \_\_\_\_\_