

DELEGATION OF POWER BY PARENT OR GUARDIAN PURSUANT TO §15-14-105, C.R.S.

I, _____ [Full Name of Parent/Guardian], and _____ [Full Name of Parent/Guardian] parent(s) or guardian(s) of the minor child(ren) or incapacitated person(s) named below:

Table with 3 columns: FULL NAME OF CHILD/INCAPACITATED PERSON, DATE OF BIRTH (DOB), RELATIONSHIP TO PARENT/GUARDIAN

hereby authorize and appoint _____ [Full Name of Trusted Person] residing at [Address] _____, as Attorney-in-Fact for me/us, with full authority to act in my/our place, as follows:

- 1. Day-to-Day Care, Custody, Education, and Property: To perform any and all acts necessary for the daily care, custody, education, recreation, and management of the property of the above-named minor child(ren) or incapacitated person(s), consistent with the provisions of 15-14-105, C.R.S.
2. Medical and Dental Care: To authorize any and all medical, dental, and mental health care for the health and well-being of the minor child(ren) or incapacitated person(s). This includes, but is not limited to: Routine medical and dental exams and tests, X-rays, surgeries, and procedures, Administration of anesthesia, Emergency or hospital care
3. Education and School Decisions: To make decisions related to the education of the minor child(ren), including: Enrolling in schools or educational programs, Authorizing special education services, extracurricular activities, and field trips, Accessing school records
4. Travel Authorization: To consent to domestic and international travel for the minor child(ren), including obtaining passports and travel-related documentation as required.

This delegation does not grant the Attorney-in-Fact the authority to:
• Consent to the marriage or adoption of the child(ren) or incapacitated person(s).

EFFECTIVE PERIOD

This Special Power of Attorney shall be effective starting on _____ [Start Date] and will remain in effect until _____ [End Date] unless revoked earlier in writing by me/us. In any case, this authority shall not exceed 12 months from the date of execution of this document.

Parent/Guardian Signature X _____ Date _____

Parent/Guardian Signature X _____ Date _____

ACKNOWLEDGMENT

Subscribed and affirmed, or sworn to before me, in the County of _____, State of Colorado, this _____ day of _____, 20_____

My Commission Expires: _____

Notary Public/Clerk

(SEAL)

DELEGACIÓN DE PODERES POR PARTE DEL PADRE O TUTOR DE CONFORMIDAD CON §15-14-105, C.R.S.

Yo, _____, [Nombre completo del padre/madre/tutor] y _____, [Nombre completo del padre/madre/tutor, de los menor(es) o persona(s) incapacitada(s) nombrada(s) a continuación:

NOMBRE COMPLETO DEL MENOR/PERSONA INCAPACITADA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PADRE/TUTOR

por la presente autorizo y nombro a _____ [Nombre completo de la persona de confianza] con domicilio en [Dirección] _____, como apoderado en mi nombre, con plena autoridad para actuar en mi lugar, de la siguiente manera:

1. Cuidado Diario, Custodia, Educación y Propiedad:

Para realizar todos y cada uno de los actos necesarios para el cuidado diario, la custodia, la educación, el esparcimiento y la administración de los bienes del/de los hijo(s) menor(es) o incapacitado(s) arriba mencionado(s), de conformidad con lo dispuesto en 15-14-105, C.R.S.

2. Atención Médica y Dental:

Autorizar todos y cada uno de los cuidados médicos, dentales y de salud mental para la salud y el bienestar de los hijos menores o incapacitados. Esto incluye, entre otros:

- a. Exámenes y pruebas médicas y dentales de rutina
- b. Radiografías, intervenciones quirúrgicas y procedimientos
- c. Administración de la anestesia
- d. Atención en hospital o de urgencia

3. Educación y Decisiones Escolares:

Tomar decisiones relacionadas con la educación del menor o menores, incluyendo

- a. Inscripción en escuelas o programas educativos
- b. Autorizar servicios de educación especial, actividades extraescolares y excursiones
- c. Acceso a los expedientes escolares

4. Autorización para Viajar:

Autorizar los viajes nacionales e internacionales de los hijos menores, incluida la obtención de pasaportes y documentación relacionada con los viajes, según sea necesario.

Esta delegación no otorga al apoderado la autoridad para:

- Consentir el matrimonio o la adopción del menor o menores o incapacitado(s).

Plazo de Vigencia

Este Poder Especial será efectivo a partir de _____ [Fecha de Inicio] y permanecerá en efecto hasta _____ [Fecha de Finalización] a menos que sea revocado antes por escrito por mí. En cualquier caso, este poder no excederá de 12 meses a partir de la fecha de ejecución de este documento.

Firma del Padre/Madre/Tutor X _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor X _____ Fecha _____

Acknowledgment

Subscribed and affirmed, or sworn to before me, in the County of _____, State of Colorado, this _____ day of _____, 20_____

My Commission Expires: _____

Notary Public/Clerk

(SEAL)