ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DESIGNACIÓN DE UNA PERSONA EN UNA RELACIÓN PATERNAL/MATERNAL

De conformidad con la Sección 5-1551 de la Ley de Obligaciones Generales del Estado de Nueva York
(*New York State General Obligations Law*)

1. Yo, _____, por la presente declaro que soy el padre/madre del niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) mencionada(s) a continuación y que no existe hasta la fecha una orden judicial en vigencia en ninguna jurisdicción que me prohíba ejercer la autoridad que ahora exijo ejercer.

2. El domicilio y el/los número(s) de teléfono(s) donde se me puede ubicar mientras esta designación esté en vigencia es/son:

Domicilio: _____

_____

Teléfono: Particular ( ) - ; Trabajo ( ) -

(Otro) ( ) -

3. Temporalmente otorgo a _____, persona mayor de 18 años de edad que reside en _____, Nueva York, de teléfono ( ) - el cuidado del siguiente niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s):

(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /
(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /
(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /
(NOMBRE)	Fecha de nacimiento / /

4. Toda autoridad otorgada a la persona en una relación paternal/maternal en virtud de este formulario tendrá validez (marque la casilla apropiada y coloque sus iniciales):

☐ _____ a. durante 12 meses desde la fecha de la firma de esta designación o hasta la fecha de la revocación, lo que ocurra primero (debe incluir los domicilios y los números de teléfono de todas las partes, y todas las partes deben firmar ante la presencia de un notario público); o

☐ _____ b. durante 30 días desde la fecha de la firma de esta designación o hasta la fecha de la revocación, lo que ocurra primero; o

☐ _____ c. desde ____/____/____ (fecha) hasta e inclusive ____/____/____ (fecha) o hasta la fecha de la revocación, lo que ocurra primero; o

☐ _____ d. a partir de

(indique el evento) y continuando hasta _____ o hasta la fecha de la revocación, lo que ocurra primero.

5. En lo que respecta al niño(a)/niños(s)/persona(s) discapacitada(s) mencionada(s) previamente, la persona designada en una relación paternal/maternal tiene la autoridad para:
(*Tache y coloque sus iniciales en cualquier apartado que no corresponda*).

☐ revisar los registros escolares

☐ realizar inscripciones en la escuela

☐ excusar inasistencias escolares

☐ autorizar la participación en programas escolares y/o actividades patrocinadas por la escuela

☐ autorizar la atención médica relacionada con la escuela*

☐ realizar inscripciones en planes médicos

☐ autorizar inmunizaciones*

☐ autorizar la atención médica general*

☐ autorizar procedimientos médicos*

☐ autorizar la atención dental

☐ autorizar evaluaciones de desarrollo

☐ autorizar un examen de salud mental y/o tratamiento

*Excepto lo que se prohíba de conformidad con la Sección 2504 de la Ley de Salud Pública (*Public Health Law*)

Cualquiera de las autorizaciones previas puede estar sujeta a limitaciones adicionales, conforme a condiciones estipuladas por el padre/madre, y, en caso de limitarse la autoridad, las limitaciones se indicarán a continuación (por ej. el padre/madre puede otorgar la autorización para un examen de salud mental, sujeto a la condición de que no se le contacte por teléfono o por otros medios electrónicos).

6. Además, yo autorizo a la persona en una relación paternal/maternal a solicitar, recibir y revisar, y a tener acceso pleno e ilimitado, y a obtener copias completas no redactadas de todo y cualesquiera información de salud, médica, financiera y/o cualesquiera información y/o registros según se define en 45 CFR. § 164.501 y regulado por los Estándares de Privacidad de la Información Médica Identificable Individualmente (*Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information*) que aparece en la Reg. Fed. 65 82462 como registros privados protegidos o de otro modo cubiertos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act—HIPAA*), Ley Pública 104-191, por cada niño(a)/persona discapacitada enumerada en el párrafo 3 precedente. Entiendo que la información que aparece en dichos registros médicos y de salud puede incluir información pertinente a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC) y el virus de inmunodeficiencia humano (VIH), servicios por trastornos de conducta o salud mental, tratamiento por alcoholismo y/o abuso de drogas y/o adicción. Asimismo entiendo que puedo tener acceso a y/o recibir una reseña de la información a ser utilizada o divulgada según se dispone en 45 CFR § 164.524, et seq. Asimismo entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es un acto voluntario, y que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Asimismo entiendo que cualquier divulgación de esta información conlleva el potencial de una divulgación no autorizada de esta información por parte de terceros, y que dicha divulgación puede no estar protegida bajo la HIPAA. A fin de inducir a la parte reveladora a divulgar la información privada y/o confidencial previamente mencionada, eximo o excuso para siempre a dicha parte reveladora, quien se basa en este instrumento, de cualesquiera responsabilidad u obligación que pudiera surgir en virtud del reglamento de confidencialidad conforme a la HIPAA a causa de dicha divulgación.

7. NOTIFICACIÓN A LOS PADRES Y PERSONAS EN UNA RELACIÓN PATERNAL/ MATERNAL: La autorización de acuerdo con este formulario es válida hasta lo que ocurra primero: la revocación por parte del padre/madre o la fecha especificada en el párrafo 4 precedente. El padre/madre que firmó esta designación podrá revocarla a voluntad, y podrá notificar a las escuelas pertinentes y a los proveedores de atención médica sobre dicha revocación. Una persona en una relación paternal/maternal que reciba notificación de un padre/madre sobre tal revocación deberá notificar a las escuelas, a los proveedores de atención médica o a los planes médicos ante quienes se presentó una autorización en virtud de esta subdivisión. En la eventualidad de que la persona en una relación paternal/maternal no notifique a los destinatarios sobre la autorización o la revocación, esto no anulará la efectividad de la notificación de revocación por parte de los padres.

Esta autorización es temporal, pero puede ser renovada por los padres. No obstante, los padres y las personas en una relación paternal/maternal involucrados en un acuerdo de cuidado a largo plazo pueden procurar un acuerdo legal más permanente iniciando un procedimiento judicial para designar un tutor(a) legal o determinar la custodia.

Nota: Todas las firmas a continuación se deben autenticar si la autorización es por un período que excede los 30 días.

Fechado: ____ / ____ / ____ (Firma del padre/madre) _____

Juramentado ante mí este

_____ día de _____ 20 _____

Notario Público _____

8. Yo, _____ , soy también el padre/madre del niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) mencionada(s) en la presente, reconozco que existe también una orden judicial que indica que ambos padres deben estar de acuerdo con las decisiones sobre la educación y/o la salud relacionadas con dicho niño(s)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) y por la presente acepto esta designación mediante mi firma que estampo a continuación.

El domicilio y el/los número(s) de teléfono(s) en los que se me puede ubicar mientras esta designación esté en vigencia es/son:

Domicilio: _____

Teléfono: Particular ( ) - _____ ; Trabajo ( ) - _____

Otro ( ) - _____

Fechado: ____ / ____ / ____ (Firma del padre/madre) _____

Juramentado ante mí este

_____ día de _____ 20 ____ .

Notario Público _____

9. Yo, _____, la persona designada en una relación paternal/maternal para el niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s) mencionadas en el presente formulario, acepto esta designación mediante mi firma que estampo a continuación.

Fechado: ____ / ____ / ____ (Firma) _____

Juramentado ante mí

_____ día de _____ 20 ____.

Notario Público _____

DE UNA PERSONA EN UNA RELACIÓN PATERNAL/MATERNAL, de acuerdo con la Sección 5-1551 de la Ley de Obligaciones Generales del Estado de Nueva York (*New York State General Obligations Law*).

OBJETIVO DE ESTE FORMULARIO:

Este formulario le permite designar a otra persona para que tome decisiones médicas y educacionales para su hijo(a)/hijos(as) o persona(s) discapacitada(s) bajo su cuidado si usted no puede hacerlo por sí mismo(a) durante un período de tiempo específico. Esta autorización sólo se puede usar por un período de hasta 12 meses. Si usted necesita que su hijo(a)/hijos(as)/persona(s) discapacitada(s) estén bajo el cuidado de otra persona durante más de 12 meses, quizás desee considerar otras opciones.

Si existe una orden judicial que exija que ambos padres estén de acuerdo con respecto a las decisiones sobre educación y/o salud de sus hijos, entonces ambos padres deben firmar este formulario. En caso contrario, sólo se requiere la firma del padre/madre.

Usted conserva todos sus derechos paternales/maternales con esta autorización, y puede cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento. La persona que usted designe tendrá la autoridad para hablar con el personal de la escuela que atienda a su(s) hijo(s), maestros y proveedores de atención médica y podrá tomar decisiones de rutina. La persona que usted designe no podrá autorizar una cirugía u otro procedimiento médico importante, pero podrá autorizar asuntos médicos de rutina. Si usted no quiere que la persona que designe esté autorizada para tomar ciertas decisiones, como por ejemplo decisiones sobre vacunación, puede especificarlo en el formulario. Si la persona que usted designe toma una decisión con respecto a su hijo(a)/hijos(as)/persona(s) discapacitada(s) con la que usted no está de acuerdo, puede anular dicha decisión.

La persona que usted designe debe aceptar ser una "persona con autoridad paternal/maternal", y no estará obligada a asumir responsabilidad por la manutención financiera del niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s). Su hijo(a)/hijos(as) no tendrá(n) que cambiar de distrito escolar si esa persona reside en otro distrito escolar. En la eventualidad de su muerte o discapacidad, esta designación terminará automáticamente.

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE ESTE FORMULARIO:

Párrafo 1: Escriba su nombre legal completo en el espacio provisto. Si existe una orden judicial en vigencia que exige que ambos padres firmen, el otro padre/madre escribirá su nombre en el espacio provisto en el Párrafo 7.

Párrafo 2: Escriba su domicilio y número(s) de teléfono. En caso de no incluirse esta información, la autorización no tendrá validez por más de 30 días. Escriba el domicilio donde vivirá durante el período en que esté vigente esta autorización, aunque no sea su domicilio legal. Por ejemplo, si esta autorización se utilizará durante su hospitalización, debe escribir el domicilio del hospital.

Párrafo 3: Escriba el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la persona a quien desea designar para que tome decisiones educacionales y/o de salud para su hijo(s)/persona(s) discapacitada(s). Escriba el/los nombre(s) y la(s) fecha(s) de nacimiento para CADA niño(a)/persona discapacitada.

Párrafo 4: Especifique durante cuánto tiempo quiere que esta autorización esté en vigencia marcando la casilla correspondiente y colocando sus iniciales al lado. Recuerde, puede revocar (cancelar) esta designación antes de esa fecha si así lo desea. Al final de estas instrucciones se incluye información sobre cómo hacerlo.

- **Use (a)** si quiere que esta designación tenga validez por 12 meses. Si elige esta opción, debe indicar el domicilio y el número de teléfono del padre/madre y la otra persona, y todas las firmas deben estar autenticadas.
- **Use (b)** si quiere que esta designación tenga validez por 30 días. No es necesario que incluya los domicilios y los números de teléfono con esta opción, pero le sugerimos que lo haga en caso de que los proveedores médicos o educacionales necesiten ponerse en contacto con usted.
- **Use (c)** si quiere usar fechas específicas, por un período de menos o más de 30 días. Recuerde, esta designación no se puede usar por más de 12 meses, y debe incluir los domicilios, los números de teléfono y las firmas autenticadas si quiere que tenga validez por más de 30 días.
- **Use (d)** si quiere que esta designación comience con un evento específico, como por ejemplo si usted es hospitalizado(a). En tal caso, debe escribir el evento específico en el espacio en blanco provisto (ejemplo: "Cuando sea admitido(a) en un hospital") y escribir la fecha o el evento cuando venza la designación en el segundo espacio (ejemplo: "30 días más tarde" o "cuando sea dado(a) de alta del hospital"). Nuevamente, debe incluir los domicilios, los números de teléfono y las firmas autenticadas si quiere que la designación tenga validez por más de 30 días.

Párrafo 5: Enumere las cosas que desea que la persona que usted designe tenga autoridad para hacer. Tache y coloque sus iniciales en CADA inciso para indicar que la persona designada NO tiene autoridad para hacerlo. Si hay otras cosas que quiere impedir que la persona haga, enumérelas en los renglones en blanco que aparecen debajo de la lista. Por ejemplo, si quiere que se comuniquen con usted antes de la realización de cualquier examen de salud mental, puede especificarlo en el espacio provisto.

Párrafo 6: Este párrafo permite que la persona que usted designe tenga acceso al historial clínico e información médica de su hijo(a)/hijos(as)/persona(s) discapacitada(s).

Párrafo 7: Aquí encontrará cierta información sobre este formulario. El padre/madre cuyo nombre aparece en el Párrafo 1 luego firma y fecha el formulario. Si esta autorización estará en vigencia por un período de más de 30 días, la firma debe ser autenticada. En este caso, debe llevar el formulario a un notario público antes de firmarlo, y firmar el formulario ante ese notario público, que a su vez también firmará el formulario para indicar que ha sido testigo de su firma. Si no lo hace, esta autorización vencerá automáticamente en 30 días.

Párrafo 8: Si existe una orden judicial en vigencia que exija que ambos padres estén de acuerdo con respecto a las decisiones sobre la educación y/o la salud de sus hijos, entonces el otro padre/madre escribirá su nombre legal completo, domicilio y número de teléfono en los espacios provistos. Al igual que el primer padre/madre, no es necesario que indique su domicilio y número de teléfono si la autorización es por un período de 30 días o menos, pero quizás desee hacerlo. Se debe proporcionar esta información y firmar el formulario ante un notario público, si la autorización estará en vigencia por más de 30 días. Si no existe una orden judicial en vigencia que exija que ambos padres estén de acuerdo, puede dejar este párrafo en blanco.

Párrafo 9: Escriba el nombre legal completo de la persona que será designada "en una relación paternal/maternal" con el niño(a)/niños(as)/persona(s) discapacitada(s). Luego la persona debe firmar y fechar el formulario, para mostrar que acepta ser una persona en una relación paternal/maternal. Si esta autorización estará vigente por más de 30 días, también se tendrá que firmar ante un notario público.

OTRA INFORMACIÓN:

- Tratamiento médico importante: La persona que usted designe **NO PUEDE** autorizar un "Tratamiento médico importante", lo que se refiere a cualquier intervención o procedimiento médico, quirúrgico o de diagnóstico en el que se utilice anestesia general o que conlleve un riesgo significativo o cualquier invasión considerable de la integridad corporal que requiera una incisión o produzca dolor significativo, molestias, debilitamiento o tenga un período de recuperación prolongado. Esto no incluye: cualquier diagnóstico o tratamiento de rutina como por ejemplo la administración de medicamentos a excepción de quimioterapia para condiciones no psiquiátricas o nutrición o la extracción de fluidos corporales para ser analizados; terapia electro-convulsiva; atención dental con anestesia local; cualquier procedimiento que se realice a causa de una emergencia, en virtud de la sección 2504 de la ley de salud pública; la cancelación o interrupción de un tratamiento médico que mantiene las funciones vitales; o la esterilización o la terminación de un embarazo.

Por ejemplo, la persona designada puede autorizar que un niño(a)/persona discapacitada reciba un tratamiento dental estándar, como por ejemplo el empaste de caries, pero no una cirugía dental en la que la persona estará inconsciente durante el procedimiento, tal como en una extracción de la muela de juicio. Se requerirá el consentimiento del padre/madre para los procedimientos médicos importantes.

- Revocación de esta designación: A fin de revocar (cancelar) esta autorización, sólo tiene que informarle a la persona que designó que desea hacerlo, y él/ella debería notificar a los proveedores educacionales y médicos correspondientes que la autorización ha sido cancelada. Si bien no es necesario que el padre/madre haga la revocación por escrito, o notifique a los proveedores médicos y educacionales del niño(s)/persona(s) discapacitada(s) que ha revocado la autorización, quizás prefiera hacerlo para evitar cualquier tipo de confusión. Si ambos padres firmaron el formulario, tanto el padre como la madre puede cancelar la designación; es decir, no es necesario que ambos padres lo hagan.