

ESTE FORMULARIO NO PRETENDE NI BRINDAR NI SUBSTITUIR AL ASESORAMIENTO LEGAL Y DEBERÁ SERVIR ÚNICAMENTE DE PUNTO DE PARTIDA. DEBERÁ CONSULTAR A UN ABOGADO PARA TODO ASUNTO LEGAL SERIO. ESTE FORMULARIO PODRÁ TENER QUE MODIFICARSE PARA AJUSTARSE A SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS.

PODER NOTARIAL: INCLUYENDO LA GUARDA Y TUTELA DE HIJO, HIJOS, Y PUPILO

Este documento autoriza a otra persona (designada “Apoderado(a)” o “Poderhabiente”) a que tome decisiones sobre la atención médica de su(s) hijo(s) y/o pupilo(s) si usted resultara incapacitado, según se describe a continuación. No autoriza a nadie a tomar decisiones sobre la atención médica suya de usted. Usted podrá revocar este Poder si más tarde así lo deseara.

Los poderes que este documento otorga son amplios y extensos. Se explican en la Ley de Poderes Notariales con Voluntad Anticipada, Capítulo XII del Código de Sucesiones de Texas y Capítulo 32 del Código de Familia de Texas. Si tiene preguntas acerca de estos poderes, obtenga asesoría legal competente.

DELEGACIÓN DE PODERES

Yo, _____ domiciliado(a) en
(dirección completa) _____

Números de teléfonos del trabajo, casa, y móvil:

_____,

Correo electrónico si lo tuviera: _____,

Por la presente designo a _____
domiciliado(a) en (dirección completa):

_____,

Números de teléfonos del trabajo, casa, y móvil:

_____,

Correo electrónico si lo tuviera:

Como mi Apoderado(a) para que en mi nombre y representación intervenga en todo acto lícito con todos los siguientes poderes con la excepción de los que yo haya tachado.

PARA RETENER UNO DE LOS PODERES DETALLADOS A CONTINUACIÓN DEBERÁ OBLIGATORIAMENTE TACHARLO DE LA LISTA.

- Transacciones de bienes inmuebles;
- Transacciones de bienes muebles tangibles;
- Transacciones de valores de renta variable y de renta fija;
- Transacciones de futuros y opciones;
- Transacciones bancarias y de otras instituciones financieras;

Transacciones de explotación comercial;
 Transacciones de seguros y anualidades;
 Transacciones de sucesión, fideicomisos, y otras con relación a beneficiarios;
 Reclamos y litigios;
 Manutención personal y familiar;
 Beneficios del Seguro Social, Medicare, Medicaid, u otros programas gubernamentales o del servicio civil o militar;
 Transacciones de planes de jubilación;
 Asuntos referentes a impuestos.

SI NINGUNOS DE LOS PODERES ANTERIORES APARECE TACHADO, ESTE DOCUMENTO SE ENTENDERÁ E INTERPRETARÁ COMO PODER GENERAL, Y MI APODERADO(A) TENDRÁ LOS PODERES Y FACULTADES PARA EJERCER O DESEMPEÑAR CUALQUIER ACTO QUE PUDIERA YO EJERCER O DESEMPEÑAR SI ESTUVIERA YO PRESENTE.

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

HIJOS

En los siguientes renglones yo doy las siguientes instrucciones especiales detallando los poderes otorgados a mi Apoderado(a) respecto a la guarda y tutela de mi(s) hijo(s) y/o pupilo(s)

Yo (nosotros), _____, padres de los hijos identificados a continuación, domiciliados en

 Por la presente nombro (nombramos) a _____ (si se nombra a más de un apoderado, agregue "conjuntamente", "cualquiera de los dos", o "cualesquiera de ellos" para indicar cómo deberán actuar)
 Domiciliado(s) en (dirección completa): _____

Números de teléfonos del trabajo, casa, y móvil: _____

Correo electrónico si lo tuviera: _____

mi(s) Apoderado(a)(s) para que actúen en mi nombre, lugar, y representación y ejerzan todos o cualesquiera de los actos, acciones, y funciones detallados de (a) a (e) a continuación que yo he iniciado con respecto a la guarda y tutela del (de los) siguiente(s) hijo(s)/pupilo(s):

Nombre y apellidos y apodo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Iniciales:	<i>Ponga sus iniciales en los que quiera que tengan validez. Tache los que no quiera que tengan validez.</i>
_____	(a) Para participar en decisiones sobre la escolaridad de los hijos, incluyendo asistir a conferencias con los maestros del (de los) hijo(s)

<hr/>	(b) Para otorgar permiso y consentimiento para que el (los) hijo(s) participe(n) en cualquier actividad auspiciada por cualquier grupo, asociación, u organización que el Apoderado estime conveniente.

<hr/>	<p><i>Ponga sus iniciales en los que quiera que tengan validez. Tache los que no quiera que tengan validez.</i></p> <p>(c) Para tomar decisiones en nombre y representación del (de los) hijo(s), incluyendo tomar decisiones, sean de rutina o de emergencia, referentes a la atención médica que hayan ellos de recibir.</p> <p><hr/> la atención y tratamiento médicos físicos;</p> <p><hr/> el cuidado y tratamiento dentales;</p> <p><hr/> el cuidado y tratamiento de salud mental;</p> <p><hr/> el cuidado y tratamiento para abuso de sustancias;</p> <p><hr/> inoculaciones; e</p> <p><hr/> ingreso a hospitales u otras instituciones</p> <p>Estas decisiones de atención médica podrán incluir, pero sin limitarse a ellas, la capacidad de consentir, rehusar, o retirar el consentimiento a la prestación de cualquier cuidado, prueba, tratamiento, cirugía, servicio, o intervención para mantener, diagnosticar, o tratar una condición física o mental, al igual que el derecho de firmar los formularios de atención médica o de seguro médico que fueran necesarios para concretar dichas decisiones; hablar con el personal de cuidados de salud que esté atendiendo al (los) niño(s) y examinar los expedientes médicos del (de los) niño(s) y consentir a la divulgación de dichos expedientes en circunstancias en que el (la) Apoderado(a) estime conveniente; presentar reclamaciones a seguros médicos, obtener información de cualquier compañía de seguro o programa referente a cualquier seguro médico que esté en vigor para el (los) niño(s), y tramitar la continuación y conservación de dicho seguro médico; siempre y cuando, no obstante, que al (a la) Apoderado(a) no se le exija celebrar ningún documento que implique incurrir responsabilidad civil por cualquier cuidado, tratamiento, primas de seguro, deducibles, y copagos, y afirmo que yo seré responsable del pago de cualquier atención o tratamiento al que consienta el (la) Apoderado(a) que no esté cubierto por seguro y por cualesquier primas de seguro asociadas a la continuación o conservación de tal seguro médico.</p>
<hr/>	(d) En general, hacer y ejecutar todo asunto y cosa, celebrar todo otro instrumento de todo tipo que sea necesario o conveniente para ejercer los poderes que se otorgan en este documento o cualquier otro asunto propio de mi(s) hijo(s)/pupilo(s), con los mismos poderes y validez plenos que tuviera yo estando de cuerpo presente.
<hr/>	<p>(e) QUEDA ESPECÍFICAMENTE EXCLUIDO DE LAS FACULTADES Y PODERES OTORGADOS POR LA PRESENTE, LA FACULTAD Y PODER DE CONSENTIR A: (detalle exclusiones, si las hubiera)</p> <p><hr/></p> <p><hr/></p>

DÁDIVAS

Instrucciones especiales pertinentes a dádivas (ponga sus iniciales en frente de la siguiente oración para que tenga validez):

_____ Yo otorgo a mi Apoderado(a) la facultad de disponer de mi propiedad para hacer dádivas, excepto que el monto de una dádiva a un individuo no deberá exceder el monto anual de exclusiones permitidas a los impuestos sobre transferencias a título gratuito en el año calendario de la dádiva.

A MENOS QUE USTED ORDENE LO CONTRARIO A CONTINUACIÓN, ESTE PODER NOTARIAL ENTRARÁ EN VIGOR DE INMEDIATO Y CONTINUARÁ EN VIGOR HASTA QUE SEA REVOCADO.

USTED PODRÁ OPTAR POR SÓLO UNA DE LAS SIGUIENTES TRES OPCIONES. TACHE LAS DOS OPCIONES QUE NO ELIJA:

- A) Este Poder entra en vigor de inmediato y no será afectado por mi invalidez ni incapacidad posterior.
- B) Este Poder entra en vigor al momento de mi invalidez o incapacidad.
- C) Este Poder entra en vigor al momento de mi ingreso voluntario o involuntario a un establecimiento destinado a la atención y tratamiento las 24 horas del día, o a la cárcel u otra institución penal.

Deberá tachar B) y C) si quiere que el Poder entre en vigor de inmediato. Si ni (A) ni (B) aparece tachada, se dará por sentado que optó por la Opción (A) y el Poder entrará en vigor de inmediato.

Si yo opto por la antedicha Opción (B) y este Poder no contiene una definición de mi invalidez o incapacidad, en ese caso y para fines de este Poder, se me considerará con invalidez o incapacidad si un médico, en fecha posterior a la fecha en que se celebrara este Poder, certificara por escrito que basado en el examen médico que éste me hiciera, yo estoy mentalmente incapacitado para manejar mis asuntos financieros y personales. Yo autorizo al médico que me examine para estos fines que divulgue mi condición física o mental a otra persona para fines de este Poder. El tercero que acepte este Poder estará plenamente protegido contra cualquier acción entablada bajo este Poder que esté basada en la determinación hecha por un médico de mi invalidez o incapacidad.

Yo acepto que cualquier tercero que reciba copia de este documento podrá actuar bajo el mismo. La revocación del Poder con voluntad anticipada no tiene vigor en cuanto a terceros hasta no haber recibido dichos terceros notificación efectiva de la revocación. Yo acepto indemnizar a terceros por cualquier reclamo que surja contra terceros por haber confiado en este Poder.

Si cualquier Apoderado(a) nombrado(a) por mí muriera, llegara a estar incapacitado legalmente, renunciara, o se negara a actuar, yo nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) como sucesor(es) a ese(a) Apoderado(a) (cada una para que actúe sola y sucesivamente, conforme al orden en que aparecen)

Nombre del(de la) Primer(a) Apoderado(a) Sucesor(a):

Dirección completa: _____

Números de teléfonos del trabajo, casa, y móvil: _____,

_____,

Correo electrónico si lo tuviera: _____,

Nombre del(de la) Segundo(a) Apoderado(a) Sucesor(a):

_____ Dirección completa:

Números de teléfonos del trabajo, casa, y móvil:

Correo electrónico si lo tuviera: _____,

Suscrito este _____ día de _____ de 20____.

Firma

Ciudad, Condado, y Estado donde reside

ESTADO DE TEXAS
CONDADO DE _____

_____ (nombre y apellidos del (de los) poderdante(s)) compareció
ante mí y reconoció este documento el _____ (fecha).

(Firma del notario público)

(Nombre impreso o en letras de molde)

Mi comisión se vence:

EL APODERADO O PODERHABIENTE, AL ACEPTAR O ACTUAR BAJO EL
NOMBRAMIENTO, ASUME LAS RESPONSABILIDADES FIDUCIARIAS Y OTRAS
RESPONSABILIDADES LEGALES PROCEDENTES DE SU CALIDAD DE PODERHABIENTE.

**Notificación de Poder Notarial:
Guarda y Tutela de Hijo, Hijos, y Pupilo**

Este formulario notifica a médicos y otros del hecho que usted ha celebrado un Poder Notarial para la atención de emergencia de su Hijo, Hijos, o Pupilo. Está diseñado para que quepa en su billetera. Llene la información en el formulario, recórtelo y guárdelo en su billetera.

MÉDICOS Y OTROS, SE LES RUEGA SEPAN QUE:

Tengo celebrado un Poder Notarial para el cuidado de emergencia de mi Hijo, Hijos, o Pupilo, el cual es un documento legal que expone mi elección en cuanto a quién podrá ocuparse de dicho(s) niño(s) si yo no pudiera hacerlo:

El nombre de la persona es: _____ y podrá localizarse en (día) _____ (noche) _____

Si yo no puedo tomar decisiones, se les ruega comunicarse con esta persona de inmediato.

Mi nombre: _____,

Mi número de Seguro Social _____

Esta persona está autorizada a tomar todas las decisiones expuestas en el Poder Notarial.

**REVOCACIÓN DE PODER NOTARIAL
POWER OF ATTORNEY REVOCATION**

ESTA INFORMACIÓN Y EL FORMATO DE REVOCACIÓN NO TIENEN EL CARÁCTER NI CONSTITUYEN UN SUSTITUTO DE ASESORAMIENTO LEGAL Y DEBEN EMPLEARSE EXCLUSIVAMENTE COMO PUNTO DE PARTIDA. PARA CUALQUIER ASUNTO LEGAL SERIO DEBE CONSULTARSE A UN ABOGADO. ESTE FORMATO PUEDE MODIFICARSE PARA ADAPTARLO A SUS NECESIDADES EN PARTICULAR.

Información sobre la revocación de un Poder Notarial

Si ya no desea que un Poder Notarial tenga vigencia, puede revocarlo. Es preferible especificar la revocación por escrito, firmarla y entregar una copia de la revocación al Agente/Representante Legal nombrado en el Poder Notarial y a todas las personas que tengan copia del mismo. También es preferible documentar a quién y cuándo se entrega la revocación (por ejemplo, a través de correo registrado con acuse de recibo). Otras formas de notificación real de la revocación también pueden resultar útiles, como llamar al Agente y los demás involucrados y advertirles que usted ha revocado el Poder Notarial. El Poder Notarial está vigente para terceros hasta que reciban la notificación real de revocación. A continuación se presenta la muestra de un formato de revocación de poder notarial.

REVOCACIÓN DE PODER NOTARIAL

Yo, _____ (*nombre en letra de imprenta*), otorgué un poder notarial a _____ (*nombre en letra de imprenta*) en relación con mis hijos por medio de un documento de fecha ____ de _____ de 20____ (“Poder Notarial”).

Por este conducto revoco, rescindo y doy por terminado el Poder Notarial, así como toda la autoridad, los derechos y facultades otorgadas por el mismo, con efecto a partir de este día ____ de _____, 20____.

Firma

Nombre en letra de imprenta