

**Formulario 1.**  
**Nombramiento del encargado\* de su hijo**  
**por 30 días o menos**

**Debe llenarla uno de los padres**

Yo, *(su nombre)* \_\_\_\_\_,

padre/madre de *(nombre de su hijo)* \_\_\_\_\_,

elijo a *(nombre del encargado)* \_\_\_\_\_,

que vive en *(dirección del encargado)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

para que sea el encargado y la persona autorizada para tomar decisiones sobre la educación y el cuidado médico de mi hijo, incluido el consentimiento para el tratamiento médico de rutina y de emergencia. Este documento le otorga al encargado autoridad plena durante *(número del 1 al 30)* \_\_\_\_\_ días, a partir de la fecha que aparece a continuación y que puede terminar antes si así lo decido.

Firme aquí: \_\_\_\_\_

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

\*Llene un formulario separado por cada niño.

El encargado puede presentar este formulario ante  
proveedores de servicios educativos y de cuidado médico. Los proveedores de servicios  
educativos y de cuidado médico pueden hacer copias de este formulario.

Este formulario está disponible en el sitio web de la  
NYS Permanent Judicial Commission on Justice for Children  
en <http://www.nycourts.gov/ip/justiceforchildren/publications.shtml>  
bajo Parental Appointment of Caregiver.