

AUTORIZACIÓN DE GUARDIAN

MENOR

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Grado Escolar _____

MADRE

Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

PADRE

Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

GUARDIAN(ES) PROPUESTO:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

SUCESOR(ES) GUARDIAN(ES) PROPUESTO:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Autorización y consentimiento de Padres

1. Declare bajo protesta que el menor arriba indicado(a) es mi hijo o hija y que me corresponde su custodia legal. Doy mi plena autorización y consentimiento para que mi hijo o hija viva con el Guardián o Guardianes propuestos, o para que el Guardián propuesto determine el lugar de residencia de mi hijo o hija.

2. Otorgo permiso para que el Guardian legal propuesto actué en mi lugar y tome decisiones relacionadas con las actividades educativas y religiosas de mi hijo o hija, lo que incluye en forma ilustrativa pero no taxativa su inscripción permiso para participar en actividades y consentimiento para recibir atención médica en la escuela.
3. Otorgo permiso para que el Guardián propuesto autorice atención médica y dental para mi hijo o hija, lo que incluye en forma ilustrativa pero no taxativa, exámenes médicos, radiografías, pruebas, anestesia, operaciones quirúrgicas, atención hospitalaria u otros tratamientos que, en la opinión única del Guardian legal propuesto, sean necesarios o útiles para mi hijo o hija. Dicha atención medica solamente se proporcionará previo el consejo y bajo la supervisión de un médico, cirujano o dentista u otro profesional con licencia para ejercer la profesión médica en los Estados Unidos.
4. Otorgo permiso para que el Guardián propuesto solicite beneficios a favor de mi hijo o hija, lo que incluye en forma ilustrativa pero no taxativa, el Seguro Social, asistencia publica, seguro de salud y beneficios de la Administración de los Veteranos de Guerra.
5. Otorgo permiso para que el Guardián propuesto solicite y obtenga para mi hijo o hijo todas o cualquiera de las siguientes identificaciones: Numero de Seguro Social, Tarjeta de Seguro Social y Pasaporte de los Estados Unidos.
6. Esta autorización cubrirá el periodo de cuando yo no pueda ser capas de proveer por el cuidado de mis hijos y/e hijas menores de edad asta cuando yo pueda resumir ser capas de continuar a proveer cuidado a mis hijos y/e hijas menores de edad.
7. Durante el periodo cuando el Guardian propuesto se encargue de mi hijo o hija, los costos de la manutención, gastos de vida y gastos médicos y dentales de mi hijo o hija se pagaran de la siguiente manera:

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del Estado de California que lo anterior es verídico y preciso.

Firma de la madre: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Consentimiento del/de los Guardián(es) Propuesto

Declaro bajo protesta que asumiré la plena responsabilidad de el/la menor, quien vivirá conmigo durante el periodo arriba especificado. Me obligo a tomar las decisiones necesarias y a proporcionar el consentimiento para el/la menor conforme se estipula en la Autorización y Consentimiento del Padre/de la Madre/ Ambos Padres que precede. Asimismo, me obligo a cumplir con los términos de los costos de la manutención, gastos de vida y gastos médicos y dentales de el/la menor estipulados en dicha Autorización y Consentimiento.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del Estado de _____ que lo anterior es verídico y preciso.

Firma del Guardián propuesto: _____

Fecha: _____

Consentimiento del/de los Guardián(es) Propuesto

Declaro bajo protesta que asumiré la plena responsabilidad de el/la menor, quien vivirá conmigo durante el periodo arriba especificado. Me obligo a tomar las decisiones necesarias y a proporcionar el consentimiento para el/la menor conforme se estipula en la Autorización y Consentimiento del Padre/de la Madre/ Ambos Padres que precede. Asimismo, me obligo a cumplir con los términos de los costos de la manutención, gastos de vida y gastos médicos y dentales de el/la menor estipulados en dicha Autorización y Consentimiento.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del Estado de _____ que lo anterior es verídico y preciso.

Firma del Guardián propuesto: _____

Fecha: _____

Consentimiento del Sucesor(es) de Guardián(es) Propuesto

Declaro bajo protesta que asumiré la plena responsabilidad de el/la menor, quien vivirá conmigo durante el periodo arriba especificado. Me obligo a tomar las decisiones necesarias y a proporcionar el consentimiento para el/la menor conforme se estipula en la Autorización y Consentimiento del Padre/de la Madre/ Ambos Padres que precede. Asimismo, me obligo a cumplir con los términos de los costos de la manutención, gastos de vida y gastos médicos y dentales de el/la menor estipulados en dicha Autorización y Consentimiento.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del Estado de _____ que lo anterior es verídico y preciso.

Firma del Guardián propuesto: _____

Fecha: _____

Consentimiento del Sucesor(es) de Guardián(es) Propuesto

Declaro bajo protesta que asumiré la plena responsabilidad de el/la menor, quien vivirá conmigo durante el periodo arriba especificado. Me obligo a tomar las decisiones necesarias y a proporcionar el consentimiento para el/la menor conforme se estipula en la Autorización y Consentimiento del Padre/de la Madre/ Ambos Padres que precede. Asimismo, me obligo a cumplir con los términos de los costos de la manutención, gastos de vida y gastos médicos y dentales de el/la menor estipulados en dicha Autorización y Consentimiento.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del Estado de _____ que lo anterior es verídico y preciso.

Firma del Guardián propuesto: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre de el/la menor: _____ Sobrenombre(s): _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ___/___/___ y la fecha de la última vacuna de refuerzo contra el tétano ___/___/___ que dicho/a menor ha recibido.

La siguiente es una lista de las alergias conocidas y de los medicamentos a los cuales dicho/a menor tiene alergia:

Dicho/a menor padece los siguientes problemas o afecciones médicas:

Dicho(a) menor actualmente debe tomar los siguientes medicamentos recetados, con la frecuencia y otras instrucciones que se especifican a continuación:

Médico de cabecera: _____ número telefónico del médico: _____

Nombre de los padres o tutores: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: (Casa) _____; (Trabajo) _____; (Otro) _____

Persona responsable de pagar los cargos: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: (Casa) _____; (Trabajo) _____; (Otro) _____

Otra persona a quien se debe notificar si los padres o tutores no están disponibles:

Teléfono: (Casa) _____; (Trabajo) _____; (Otro) _____

Compañía de Seguros: _____ Número de la póliza o grupo: _____

Firma del Fiador (se requiere si no es padre, madre o tutor de el/la menor): _____

Fecha: _____

Imprima y proporcione los datos en una hoja por cada menor