

General Information / Información General

Parent #1 / Madre o Padre #1

Full Name / Nombre completo: _____

Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____(month/mes)_____(day / día)_____(year / año)

Street Address / Dirección : _____ Apt./ Apto: _____

City / Ciudad: _____ County / Condado: _____

State / Estado (ej. NY): _____ Zip / Código postal: _____

Email / Correo electrónico: _____

Mobile Phone Number / Teléfono celular: (____) _____(###) ### - #####

Home Phone Number / Teléfono de casa: (____) _____(###) ### - #####

Work Phone Number / Teléfono de trabajo: (____) _____(###) ### - #####

Parent #2 / Madre o Padre #2

Full Name / Nombre completo: _____

Full Address / Dirección completa: _____

Mobile Phone Number / Teléfono celular: (____) _____(###) ### - #####

Work Phone Number / Teléfono de trabajo: (____) _____(###) ### - #####

Children / Hijo(a)s

#1 Full Name / Nombre completo: _____

#1 Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____(month/mes)_____(day / día)_____(year / año)

#2 Full Name / Nombre completo: _____

#2 Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____(month/mes)_____(day / día)_____(year / año)

#3 Full Name / Nombre completo: _____

#3 Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____(month/mes)_____(day / día)_____(year / año)

#4 Full Name / Nombre completo: _____

#4 Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____(month/mes)_____(day / día)_____(year / año)

Guardian / Guardián(a) #1 (First Choice/Primera opción)

Full Name / Nombre completo: _____

Street Address / Dirección : _____ Apt./ Apto: _____

City / Ciudad: _____ County / Condado: _____

State / Estado (ej. NY): _____ Zip / Código postal: _____

Email / Correo electrónico: _____

Mobile Phone Number / Teléfono celular: (____) _____ (###) ### - #####

Home Phone Number / Teléfono de casa: (____) _____ (###) ### - #####

Work Phone Number / Teléfono de trabajo: (____) _____ (###) ### - #####

Guardian / Guardián(a) #2 (Second Choice/Segunda opción, if the First is unwilling or unable/ Si el Primero no está dispuesto o no puede)

Full Name / Nombre completo: _____

Street Address / Dirección : _____ Apt./ Apto: _____

City / Ciudad: _____ County / Condado: _____

State / Estado (ej. NY): _____ Zip / Código postal: _____

Email / Correo electrónico: _____

Mobile Phone Number / Teléfono celular: (____) _____ (###) ### - #####

Home Phone Number / Teléfono de casa: (____) _____ (###) ### - #####

Work Phone Number / Teléfono de trabajo: (____) _____ (###) ### - #####

2. The address and telephone number(s) where I can be reached while this designation is in effect is:

Telephone: Home () Work ()
Other ()

3. I am temporarily entrusting _____, a person over the age of eighteen who resides at _____ New York, _____ telephone number () _____ the care of the following child/children/incapacitated person(s):

NAME:	DATE OF BIRTH: / /
NAME:	DATE OF BIRTH:
NAME:	DATE OF BIRTH:
NAME:	DATE OF BIRTH:

☐ _____ a. for 12 months from the date of signature of this designation, or until the date of revocation, whichever occurs first (must include all parties' addresses and telephone numbers and be signed by all parties in the presence of a notary public); or

☐ ____ b. for 30 days from the date of signature of this designation, or until the date of revocation, whichever occurs first; or

☐ ____ c. from ____ / ____ / ____ (date) until and including ____ / ____ / ____ (date), or until the date of revocation, whichever occurs first; or

☒ ____ d. commencing upon Administrative Separation
(state event) and continuing until _____ or until the date of
revocation, whichever occurs first.

5. As to the above named child/children/incapacitated person(s), the person in parental relationship named above is authorized to:
(check those that apply)

- ☒ review school records
- ☒ enroll in school
- ☒ excuse absences from school
- ☒ consent to participation in school program and/or school-sponsored activity
- ☒ consent to school-related medical care*
- ☒ enroll in health plans
- ☒ consent to immunizations*
- ☒ consent to general health care*
- ☒ consent to medical procedures*
- ☒ consent to dental care
- ☒ consent to developmental screening
- ☒ consent to mental health examination and/or treatment

* Except as prohibited by Section 2504 of the Public Health Law

Any of the above authorizations may be further limited by conditions defined by the parent, and, if limited, the limitations are written below (e.g., the parent may grant the authority to consent to a mental health examination, subject to the condition that they cannot be reached by telephone or other electronic means).

6. I further authorize the person in parental relationship to request, receive and review, and be granted full and unlimited access to, and obtain complete unredacted copies of any and all of health, medical, financial information and/or any information and/or records as defined in 45 CFR. §164.501 and regulated by the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information found in 65 Fed. Reg. 82462 as protected private records or otherwise covered under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), Public Law 104-191, for each child/incapacitated person listed in paragraph 3 above. I understand that the information contained in such health and medical records may include information relating to sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), AIDS-related complex (ARC) and human immunodeficiency virus (HIV), behavioral or mental health services, treatment for alcohol and/or drug abuse and/or addiction. I further understand that I may have access to and/or receive an accounting of the information to be used or disclosed as provided in 45 CFR §164.524, et seq. I further understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary; that I can refuse to sign this authorization. I further understand that any disclosure of this information carries with it the potential for an unauthorized further disclosure of this information by third parties and that such further disclosure may not be protected under HIPAA. In order to induce the disclosing party to disclose the aforesaid private and/or protected confidential information, I forever release and hold harmless said disclosing party who relies upon this instrument from any liability under confidentiality rules arising under HIPAA as a consequence of said disclosure.

7. NOTICE TO PARENTS AND PERSONS IN PARENTAL RELATION: Authorization pursuant to this form is valid until the earlier of revocation by a parent or the date specified in paragraph 4 above. Any parent having signed this designation may revoke such authorization at will, and may notify relevant schools and health care providers of such revocation. A person in parental relationship who receives notification from a parent of such revocation shall forthwith notify any school, health care provider or health plan to which an authorization pursuant to this subdivision has been presented. Failure by the person in parental relation to notify recipients of the authorization or the revocation shall not make notification of revocation by the parent ineffective.

This authorization is temporary, but may be renewed by the parent(s). However, parents and persons in parental relationship involved in a long-term, care-giving arrangement may seek a more permanent legal arrangement by commencing a judicial proceeding to appoint legal guardianship or to determine custody.

Note: All signatures below must be notarized if authorization is for a period exceeding 30 days.

Dated: ____ / ____ / ____ (Parent's signature) _____

Sworn to before me this

_____ day of _____ 20 _____

Notary Public _____

8. I, _____, am also the parent of the child/children/incapacitated person(s) named herein, there is a court order directing that both parents must agree on education and/or health decisions concerning such child/children/incapacitated person(s), and I hereby consent to this designation by my signature below.

The address and telephone number(s) where I can be reached while this designation is in effect is:

Address: _____

Telephone: Home () - _____ Work: () - _____

Other: () - _____

Dated: ____ / ____ / ____ (Parent's signature) _____

Sworn to before me this

_____ day of _____ 20 _____

Notary Public _____

9. I, _____, the person designated in parental relationship for the child/children/incapacitated person(s) named herein, hereby consent to this designation by my signature below.

Dated: ____ / ____ / ____ Signature _____

Sworn to before me this

_____ day of _____ 20 _____

Notary Public _____

Instructions for DESIGNATION OF PERSON IN PARENTAL RELATIONSHIP, pursuant to section 5-1551 of the New York State General Obligations Law.

PURPOSE OF THIS FORM:

This form will allow you to designate another person to make medical and educational decisions for your child(ren) or incapacitated person(s) in your care if you can't do so yourself for a specific period of time. This authorization can only be used for a period of up to 12 months. If you will need to have your child(ren)/incapacitated person(s) in the care of someone else for more than 12 months, you may wish to consider other options.

If there is a court order that requires both parents to agree on education and/or health decisions regarding the child(ren), then both parents must sign the form. If not, only one parent's signature is required.

You keep all of your parental rights with this authorization and can cancel (revoke) this authorization at any time. The person you designate will be able to talk with your child(ren)'s school, teachers and medical providers, and will be able to make routine decisions. The person you designate will not be able to give consent for surgery or other major medical procedures but will be able give consent for routine medical matters. If you do not want the person you designate to be able to make certain decisions, such as decisions concerning immunizations, you can specify that with this form. If the person you designate makes a decision concerning your child(ren)/incapacitated person(s) that you do not agree with, you can override that decision.

The person designated must agree to be "a person in parental authority," and will not be required to assume responsibility for financial support of the child(ren)/incapacitated person(s). Your child(ren) will not have to change their school district if that person resides in another school district. In the event of your death or incapacitation, this designation automatically terminates.

INSTRUCTIONS FOR USING THIS FORM:

Paragraph 1: Fill in your full legal name in the space provided. If there is a court order in effect that requires both parents to sign, the other parent will fill in their name in the space provided in Paragraph 7.

Paragraph 2: Fill in your address and telephone number(s). If this information is not included, the authorization will not be valid for more than 30 days. Use the address where you will be staying during the period this authorization is in effect, even if it is not your legal residence. For example, if this authorization is to be used while you are hospitalized, you would use the hospital's address.

Paragraph 3: Fill in the name, address, and telephone number of the person whom you wish to designate as able to make educational and/or health decisions for your child(ren)/incapacitated person(s). Fill in the name(s) and date(s) of birth for EACH child/incapacitated person.

Paragraph 4: Specify how long you wish this authorization to be in effect by checking the appropriate box and initialing next to it. Remember, you can always revoke (cancel) this designation sooner if you wish. Information about how to do that is included toward the end of these instructions.

- **Use (a)** if you want this designation to be valid for 12 months. If you choose this option, you must provide the address and telephone number for the parent(s) and the other person, and all the signatures must be notarized.

- **Use (b)** if you want this designation to be valid for 30 days. You do not have to include addresses and telephone numbers with this choice, but it is suggested that you do so in the event that medical or educational care providers need to contact you.

- **Use (c)** if you want to use specific dates, for a period of less than or more than 30 days. Remember, this designation cannot be used for more than 12 months, and you must include addresses, telephone numbers, and notarized signatures if you want it to be good for more than 30 days.

- **Use (d)** if you want this designation to begin when something specific, such as in the event you are hospitalized. For this, you write the specific event in the first space provided (example: "When I am admitted to a hospital") and write the date or the event upon which the designation should expire in the second space (example: "30 days later" or "when I am released from the hospital"). Again, you must include addresses, telephone numbers, and notarized signatures if you want it to be good for more than 30 days.

Paragraph 5: List each of the things you wish the person you designate to be able to do. Cross out and initial EACH item that you do NOT wish to allow the person you designate to perform. If there are other things you want to prevent the person from doing, use the blank lines below the list to write those down. For example, if you want to be contacted before any mental health examination is performed, you can write that in the space provided.

Paragraph 6: This paragraph allows the person you designated to have access to your child(ren)'s/incapacitated person(s)' medical records and medical information.

Paragraph 7: This provides some information regarding this form. The parent whose name appears in Paragraph 1 then signs and dates the form. If this authorization is to be in effect for a period of more than 30 days, the signature must be notarized. In this case, you need to take the form to a notary public before you sign it, and sign the form in front of that notary public, who will then also sign the form to indicate that they witnessed your signature. If don't do this, the authorization will automatically expire after 30 days.

Paragraph 8: If there is a court order in effect that requires both parents to agree on education and/or health decisions regarding the child(ren), then the other parent will fill in their full legal name, address, and telephone number in the spaces provided. As with the first parent, they do not have to provide their address and telephone number if the authorization is for a period of 30 days or less, but may wish to. They must provide this information, and sign the form in front of a notary public, if the authorization is to be good for more than 30 days. If there is no court order in effect that requires both parents to agree, you can leave this paragraph blank.

Paragraph 9: Fill in the full legal name of the person to be designated "in parental relationship" to the child(ren)/incapacitated person(s). They then sign and date the form, to show that they agree to be a person in parental relationship. If this authorization is to be good for more than 30 days, they will also need to sign the form in front of a notary public.

OTHER INFORMATION:

- Major medical treatment: The person you designate **CANNOT** give consent for "major medical treatment" which is any medical, surgical, or diagnostic intervention or procedure where a general anesthetic is used or which involves any significant risk or any significant invasion of bodily integrity requiring an incision or producing substantial pain, discomfort, debilitation, or having a significant recovery period. This does not include: any routine diagnosis or treatment such as the administration of medications other than chemotherapy for non-psychiatric conditions or nutrition or the extraction of bodily fluids for analysis; electroconvulsive therapy; dental care performed with a local anesthetic; any procedures which are provided under emergency circumstances, pursuant to section twenty-five hundred four of the public health law; the withdrawal or discontinuance of medical treatment which is sustaining life functions; or sterilization or the termination of a pregnancy.

For example, the person designated can give consent for a child/incapacitated person to have standard dental procedures, such as fillings, but not dental surgery where they would be unconscious during the procedure, such as having their wisdom teeth extracted. A parent's consent will still be required for major medical procedures.

- Revoking this designation: In order to revoke (cancel) the authorization, you simply have to tell the person you designated that you wish to do so, and they are required to notify the appropriate education and medical providers that the authorization has been terminated. While the parent is not required to do this in writing, or to notify the child(ren)/incapacitated person(s) education and medical providers that they have revoked the authorization, they may want to, so that there is no confusion. If two parents signed the form, either parent can cancel the designation by themselves, you do not need both parents.

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 separación administrativa 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.

Fecha: ____ / ____ / ____ (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 educativas 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 atiende 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 educativas 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.

Designation of Standby Guardian

Pursuant to section 1726 of the New York State Surrogate's Court Procedure Act

Note: As used in this form, the term "parent" shall include a parent, a court-appointed guardian of an infant's person or property, a legal custodian, or a primary caretaker. The term "child(ren)" means persons under 18 years of age and an infant. The term "child(ren)" includes those of a parent, court-appointed guardian, legal custodian or primary caretaker.

I, _____, hereby state that I am the parent of the child(ren) listed in paragraph 2 below.

1. Address, Apt #: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number: ____ () _____

Temporary address (if any): _____

2. The child(ren) covered by this designation are:

Name	Date of Birth
Name	Date of Birth
Name	Date of Birth
Name	Date of Birth
Name	Date of Birth

3. I hereby designate the following person to act as standby guardian of the:

☒ person and property ☐ person only ☐ property only

of the child(ren) named in paragraph 2 above:

Name of Standby Guardian: _____

Address, Apt #: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number: _____

Interest/relationship to children: _____

4. The standby guardian named above is at least eighteen (18) years of age. For the following reasons, I feel strongly that it would be in the best interests of my child(ren) for this person to act as standby guardian:

5. If the person I designate as the primary standby guardian is not willing or able to serve, I hereby designate the following person to act as the a secondary alternate standby guardian of the:

☒ person and property ☐ person only ☐ property only

of the child(ren) named in paragraph 2 above:

Name of Standby Guardian: _____

Address, Apt #: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number: _____

Interest/relationship to children: _____

6. The standby guardian named above is at least eighteen (18) years of age. For the following reasons, I feel strongly that it would be in the best interests of my child(ren) for this person to act as standby guardian:

7. By signing this designation, I formally consent that the Standby Guardian's authority take effect upon any of the following actions:

- a. I am "Administratively Separated" from my child(ren), meaning that my care and supervision of my child(ren) will be interrupted because of a federal immigration matter regarding which I am arrested, detained, incarcerated, or deported (collectively "immigration enforcement"), including official communication by federal, state, or local authorities giving reasonable notice of immigration enforcement against me.
- b. My doctor concludes in writing that I am mentally incapacitated, and thus unable to care for my child(ren); or

c. My doctor concludes in writing that I am physically debilitated, and thus unable to care for my child(ren) and I consent, in writing before two witnesses, to the Standby Guardian's authority taking effect; or

d. In the event of my death.

8. I understand that I retain full parental, guardianship, custodial or caretaker rights even after the commencement of the standby guardian's authority and may revoke the standby guardianship at any time.

9. I also understand that my standby guardian's authority will cease sixty (60) days after commencing unless by such date the he or she petitions the court for appointment as legal guardian of the child(ren).

Parent Signature:

Dated: _____ Signature: _____

Parent name (print): _____

Witness Declarations:

Witness 1: I, _____, declare that the person whose name appears above signed this document in my presence, or was physically unable to sign and asked another to sign this document, who did so in my presence. I further declare that I am at least eighteen years old and am not the person designated as standby guardian.

Witness 1 Signature: _____

Address, Apt #: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number: _____

Witness 2: I, _____, declare that the person whose name appears above signed this document in my presence, or was physically unable to sign and asked another to sign this document, who did so in my presence. I further declare that I am at least eighteen years old and am not the person designated as standby guardian.

Witness 2 Signature: _____

Address, Apt #: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number: _____

Primary Designee Consent:

I, _____, the person designated as Standby Guardian for the children named in the attached Designation of Standby Guardian, consents to this designation in accord with the terms stated in the Designation.

Dated: _____ Signature: _____

Address, Apt #: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number: _____

Alternate Designee Consent:

I, _____, the person designated as Standby Guardian for the children named in the attached Designation of Standby Guardian, consents to this designation in accord with the terms stated in the Designation.

Dated: _____ Signature: _____

Address, Apt #: _____

City, State, Zip Code: _____

Phone number: _____

CONSENT FOR MINOR CHILD(REN) TO TRAVEL

State of New York _____)

County of _____) ss.

I, _____, currently residing at _____
_____, hereby affirm under penalty of perjury:

I am the ☐ mother ☐ father of the following child(ren):

Child's Full Name (as written in passport)	Date of Birth	Passport Country	Passport Number
---	---------------	------------------	-----------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

The child(ren) listed above is(are) traveling to _____
for the purpose of _____ between the dates of
_____ and _____.

Check one:

☐ My child(ren) is(are) traveling with:

Caretaker's Name (as written in passport)	Passport Country	Passport Number
--	------------------	-----------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Caretaker's Address

Caretaker's Phone

Caretaker's Email

Parent's initials: _____

- ☐ My child(ren) are traveling alone, under the airline's unaccompanied minor's program and with this document giving my consent.

My child(ren) is(are) making this journey with my full knowledge and consent.

I have verified the destination country's requirements for unaccompanied minor children, and taken the necessary steps for my child(ren) to travel alone.

Check one:

- ☐ The other parent's has also granted his/her consent; see attached.
- ☐ The other parent's consent is not required because:
- ☐ s/he is deceased; see attached copy of death certificate.
 - ☐ I have been granted a court order allowing my child(ren) to travel outside the U.S.; see attached copy of the order.
 - ☐ Other: _____

Check one:

- ☐ The authority granted pursuant to this form shall be valid for _____ (number up to 12) months from the date of signature of this designation, or until the date of revocation, whichever occurs first.
- ☐ The authority granted pursuant to this form shall be valid for _____ (number up to 365) days from the date of signature of this designation, or until the date of revocation, whichever occurs first.
- ☐ The authority granted pursuant to this form shall be valid from _____ (date) until and including _____ (date up to one year), or until the date of revocation, whichever occurs first.

Parent's initials: _____

In the event of any questions regarding this consent, I may be contacted at:

Address: _____

Home Phone: _____ Mobile Phone: _____

Email: _____

Signature of Parent

Printed Name of Parent

Sworn to before me this
_____ day of _____, 20__.

Notary Public

List of Attachments, as applicable (copies only):

- ☐ Birth certificate of each child
- ☐ Passport biographic page of each child
- ☐ Passport biographic page of parent
- ☐ Passport biographic page of custodian / guardian / caretaker
- ☐ Consent of other parent
- ☐ Death certificate of other parent
- ☐ Custody / Guardianship Court Order
- ☐ Other: _____

CONSENTIMIENTO PARA VIAJAR DE NIÑOS MENORES

Estado de Nueva York)

El Condado de _____) ss.

Yo, _____, actualmente resido en _____
_____, por la presente afirmo bajo pena de perjurio:

Soy ☐ madre ☐ padre del siguiente o los siguientes niños:

Nombre completo del niño/a (como está escrito en el pasaporte)	Fecha de nacimiento	País del pasaporte	Número de pasaporte
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

El/ los niño(s) enumerados anteriormente viajan a _____
con el propósito de _____ entre las fechas de
_____ Y _____.

Marque uno:

☐ Mi(s) hijo(s) viaja(n) con:

Nombre del cuidador(a) (como está escrito en el pasaporte)	País del pasaporte	Número de pasaporte
_____	_____	_____

Dirección del cuidador(a)

Número de teléfono del cuidador(a) _____	Correo electrónico del cuidador(a) _____
---	---

Iniciales del padre o de la madre: _____

- ☐ Mi(s) hijo(s) viaja(n) solo/ solos, bajo el programa de menores no acompañados de la aerolínea y con este documento doy mi consentimiento.

Mi(s) hijo(s) está(n) haciendo este viaje con mi pleno conocimiento y consentimiento.

He verificado los requisitos del país de destino para niños menores no acompañados y he tomado las medidas necesarias para que mis hijos viajen solos.

Marque uno:

- ☐ El otro padre también ha dado su consentimiento; ver adjunto.
- ☐ No se requiere el consentimiento del otro padre porque:
- ☐ Él/ella ha fallecido; ver copia adjunta del certificado de defunción.
 - ☐ Se me ha concedido una orden judicial que permite a mi (s) hijo(s) viajen fuera de los EE. UU.; ver adjunto copia de la orden.
 - ☐ Otro: _____

Marque uno:

- ☐ La autorización otorgada de conformidad con este formulario tendrá una validez de _____ (número hasta 12) meses a partir de la fecha de la firma de esta designación, o hasta la fecha de revocación, lo que ocurra primero.
- ☐ La autorización otorgada de conformidad con este formulario tendrá una validez de _____ (número hasta 365) días a partir de la fecha de la firma de esta designación, o hasta la fecha de revocación, lo que ocurra primero.
- ☐ La autorización otorgada de conformidad con este formulario tendrá una validez de _____ (fecha) hasta e incluyendo _____ (fecha hasta un año), o hasta la fecha de revocación, lo que ocurra primero.

Iniciales del padre o de la madre: _____

En caso de tener alguna pregunta sobre este consentimiento, me pueden contactar en:

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Firma del padre

Nombre impreso del padre

Juró ante mí este día
_____ de _____, 20__.

Notario público

Lista de anexos, según corresponda (solo copias):

- ☐ Acta de nacimiento de cada niño
- ☐ Página biográfica del pasaporte de cada niño
- ☐ Página biográfica del pasaporte del padre
- ☐ Página biográfica del pasaporte del custodio/tutor/cuidador
- ☐ Consentimiento de otro padre
- ☐ Certificado de defunción de otro padre
- ☐ Orden judicial de custodia/tutela
- ☐ Otro: _____