



CARTA
QUE DELEGA LA POTESTAD PATERNA
AUTORIZADO POR EL STATUTO DE WISCONSIN S. 48.979.

INSTRUCCIONES

Esta Carta que delega la Potestad Paterna debe ser firmada por todos los padres con custodia legal del niño o los niños respectivos. Únicamente el padre que tenga custodia legal puede usar esta carta. Un padre no puede usar este documento para delegar potestad paterna de un menor sujeto a la jurisdicción de las cortes juveniles, según los estatutos 48.13, 48.14, 938.12, 938.13, o 938.14, de los Estatutos de Wisconsin.

El delegar la potestad paterna no elimina ningún derecho que un padre, con o sin custodia y al cuidado o no del niño, pueda tener, ya sean concedidos por la corte o según las leyes respectivas. ESTE DOCUMENTO NO PODRA USARSE PARA DELEGAR LA POTESTAD DE CONSENTIR LA EJECUCION DE UN ABORTO O LA INDUCCION DEL MISMO EN EL NIÑO O LOS NIÑOS O PARA EL O LOS MISMOS, O PARA INGRESAR AL NIÑO O LOS NIÑOS EN UN LUGAR DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO.

Al delegar la potestad paterna para permitir cuidados médicos o dentales, la Autorización para Revelar Información de Salud adjunta deberá presentarse también, para asegurar que el adulto acompañante tenga acceso a la información de salud necesaria para ofrecer decisiones educadas sobre el cuidado del o de los niños.

NOMBRE DEL NINO O DE LOS NIÑOS

Esta carta poder tiene el propósito de proporcionar cuidados a y custodia de:

Nombre del niño	Dirección	Fecha de nacimiento
Nombre del niño	Dirección	Fecha de nacimiento
Nombre del niño	Dirección	Fecha de nacimiento
Nombre del niño	Dirección	Fecha de nacimiento

DELEGACION DE POTESTAD AL ADULTO ACOMPAÑANTE

Yo o nosotros, _____ (nombres de los padres con custodia legal del niño o de los niños), manifestamos que tenemos custodia legal del o los niños anotados arriba. Delegamos nuestra potestad paterna a:

Nombre del adulto acompañante: _____
Dirección del adulto acompañante: _____
Teléfonos del adulto acompañante: _____
Dirección Electrónica del adulto acompañante: _____
Parentesco con el niño o los niños: _____

La Potestad Paterna que estoy/estamos delegando es como sigue:

POTESTAD TOTAL

(Marcar si se desea otorgar potestad paterna total con relación al cuidado y la custodia del o de los niños mencionados arriba)

- ☐ Potestad Paterna total relativa al cuidado y custodia del o de los niños mencionados arriba.

POTESTAD PARCIAL

(Si no se ha marcado la casilla anterior otorgando potestad paterna total, favor de marcar cada área en la cual se desea otorgar la potestad paterna con relación al o a los niños mencionados arriba)

- ☐ El poder de aceptar todo cuidado de salud, o
- ☐ El poder de aceptar únicamente el siguiente cuidado de salud:
- ☐ Cuidados de salud ordinarios o rutinarios, excluyendo cirugía mayor, procedimientos extraordinarios o tratamiento experimental
 - ☐ Cuidado dental
- ☐ Revelación de información de salud acerca de el niño o los niños
- ☐ El poder de proporcionar cuidado y custodia al niño o los niños
- ☐ Otros poderes específicamente delegados o límites en los poderes otorgados (Anotar en el espacio siguiente o agregar un anexo describiendo otros poderes específicos que se deseen delegar, o cualquier límite que se desee imponer en los poderes otorgados)

FECHA DE COMIENZO Y TÉRMINO DE ESTA DELEGACION

Esta Carta entra en vigor en _____ y permanecerá en vigor hasta _____. Si no se proporciona fecha de terminación o si la fecha dada es mayor de un (1) año a partir de la fecha de comienzo de esta Carta, dicho Poder permanecerá en efecto por un periodo de un año después de la fecha de comienzo, pero no por más. Este Poder puede ser revocado por escrito en cualquier momento por un padre que tenga custodia legal del o de los niños y dicha revocación invalida la delegación de potestad paterna dada en esta Carta, excepto con respecto a acciones tomadas con anterioridad apoyadas por esta Carta.

FIRMAS DE LOS PADRES

(Si más de un padre tiene custodia legal del o de los niños, ambos padres deben firmar al calce.)

Firma del padre o madre: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde: _____

Dirección del padre o la madre: _____

Teléfono del padre o la madre: _____

Correo electrónico del padre o la madre _____

Firma del padre o madre: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde: _____

Dirección del padre o la madre: _____

Teléfono del padre o la madre: _____

Correo electrónico del padre o la madre _____

DECLARACION DEL ADULTO ACOMPAÑANTE

Yo, _____ (*nombre del adulto acompañante*), con residencia en _____ (*dirección del adulto acompañante*), entiendo que _____ (*nombre de los padres*) me ha o han delegado los poderes especificados en esta Carta, relativos a la custodia de _____ (*nombre o nombres de el o los niños*). Así mismo entiendo que esta Carta puede ser revocada por escrito en cualquier momento por cualquier padre que tenga custodia legal de _____ (*nombre o nombres del o de los niños*). Declaro expresamente que he leído esta Carta, que entiendo los poderes que me han sido delegados en dicha Carta, que estoy apto, deseoso y capaz de asumir dichos poderes y que acepto dichos poderes.

Firma del adulto acompañante: _____ Fecha: _____

APENDICE

(Aquí el o los padres pueden indicar dónde pueden ser localizados durante el término de esta Carta, si las direcciones son distintas de las anotadas arriba. También, los padres pueden proporcionar información médica y de seguro importante)

LOCALIZACION DE LOS PADRES

- ☐ Yo o nosotros podemos ser localizados en:

Direcciones: _____

Teléfonos: _____

Direcciones electrónicas: _____

- ☐ O, se nos puede localizar llamando a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Dirección electrónica: _____

- ☐ O, no se nos puede localizar.

INFORMACION MEDICA Y DE SEGURO DEL O DE LOS NIÑOS

Niño 1. Nombre del niño: _____

Nombres del médico familiar, pediatra, dentista, etc. del niño: _____

Alergias conocidas: _____

Historia médica de importancia (última vacuna anti-tétanos, enfermedades o lesiones serias, etc.): _____

Medicamentos empleados: _____

Compañía de seguros y número de la póliza: _____

Persona responsable en lo económico: _____

Niño 2. Nombre del niño: _____

Nombres del médico familiar, pediatra, dentista, etc. del niño: _____

Alergias conocidas: _____

Historia médica de importancia (última vacuna anti-tétanos, enfermedades o lesiones serias, etc.): _____

Medicamentos empleados: _____

Compañía de seguros y número de la póliza: _____

Persona responsable en lo económico: _____

Niño 3. Nombre del niño: _____

Nombres del médico familiar, pediatra, dentista, etc. del niño: _____

Alergias conocidas: _____

Historia médica de importancia (última vacuna anti-tétanos, enfermedades o lesiones serias, etc.): _____

Medicamentos empleados: _____

Compañía de seguros y número de la póliza: _____

Persona responsable en lo económico: _____

Niño 4. Nombre del niño: _____

Nombres del médico familiar, pediatra, dentista, etc. del niño: _____

Alergias conocidas: _____

Historia médica de importancia (última vacuna anti-tétanos, enfermedades o lastimaduras serias, etc.): _____

Medicamentos empleados: _____

Compañía de seguros y número de la póliza: _____

Persona responsable en lo económico: _____