

Formularios de **Rhode Island**

Para facilitar su comprensión lea el documento a continuación. Luego imprima y rellene el formulario en inglés disponible en www.centerforjustice.org/fpp.

AUTORIZACIÓN PATERNA/ASIGNACIÓN DEL TUTOR LEGAL

En caso de que yo/nosotros, _____,
(nombre/s del/de los padre/s)

con residencia en _____, Rhode Island, me ausente/nos ausentemos o no
(ciudad)
sea/seamos capaz(ces) de cuidar, o tomar decisiones relacionadas con mi/nuestro hijo/a,

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

Yo/nosotros, por medio de la presente otorgo/otorgamos la custodia temporal de mi/nuestro hijo antedicho a

_____ con residencia en _____
(nombre del tutor) (ciudad y estado)

o, si el tutor antedicho no se encuentra disponible de forma inmediata, a

_____,
(nombre del tutor sustituto)

quien, en su calidad de tutor legal, será referido como el «tutor».

Yo/nosotros por la presente autorizo/autorizamos y le otorgo/otorgamos el poder al tutor para autorizar y solicitar cuidado médico y tratamiento (ya sea que tenga carácter de urgencia o de otro modo, y que involucre tratamiento quirúrgico, transfusiones de sangre, vacunas, medicamentos u otro modo) para mi/nuestro hijo antedicho.

Yo/nosotros también autorizo/autorizamos y le otorgo/otorgamos el poder al tutor para inscribir a mi/nuestro hijo antedicho en el sistema educativo de la ciudad o pueblo donde resida el tutor o en cualquiera otra institución educativa que el tutor considere conveniente.

Yo/nosotros otorgo/otorgamos las autorizaciones previas como evidencia de mi/nuestro deseo de que mi/nuestro hijo antedicho reciba atención médica inmediata y completa en mi/nuestra ausencia o en caso de que mi/nuestra incapacidad de cuidarlo/la, o de tomar decisiones relacionadas con él/ella, independientemente de que tal ausencia o incapacidad sea solo temporal o por un período indefinido. Si ese

fuera el caso, yo/nosotros autorizo/autorizamos, además, y le otorgo/otorgamos el poder al tutor para que, con todo el poder de mi/nuestra sustitución y en mi/nuestros nombre(s), lugar, y estado, tome cualquiera y todas las decisiones relacionadas con la educación, salud y bienestar de mi/nuestro hijo antedicho, que yo/nosotros pudiéramos tomar.

Sin perjuicio de lo anterior, si surgiera la necesidad de asignar un tutor legal para mi hijo antedicho, durante toda mi/nuestra vida, yo asigno al tutor antedicho para mi hijo antedicho, o, si el tutor antedicho no cumpliera o dejara de cumplir con su responsabilidad, yo asigno al antedicho tutor sustituto. A ningún tutor se le solicitará proporcionar ningún vínculo o garantía.

Este nombramiento podrá ser revocado por mí/nosotros por escrito, pero se mantendrá en pleno vigor y efecto a menos que sea revocado o cuando mi/nuestro hijo cumpla la mayoría de edad. Una fotocopia de este documento tendrá el mismo efecto que el original.

Esta *Autorización Paterna/Asignación del Tutor Legal* fue leída en mi/nuestra presencia en *español* si esa fuera mi/nuestra lengua materna. Yo/nosotros comprendo/comprendemos su contenido y lo firmo/firmamos voluntariamente y sin coacción.

****NO FIRMAR SIN LA PRESENCIA DE UN NOTARIO****

Firma del/de los Padre(s)

Fecha: _____

Nombre impreso del/de los Padre(s)

Certificado de Notario Público

Estado de Rhode Island
Condado de _____

En este _____ día de _____, 20____, ante mí, el infrascrito notario público, se ha(n) presentado personalmente _____, a quien(es) conozco o quien(es) ha(n) proporcionado prueba de identificación satisfactoria de ser la(s) persona(s) que ha(n) firmado el documento anterior en mi presencia y ha(n) declarado ante mí que él/ella/ellos firman este documento voluntariamente con el propósito establecido.

Firma del Notario Público

Nombre impreso

Mi cargo expira

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR ARCHIVOS EDUCATIVOS
Y ASIGNACIÓN DEL TUTOR LEGAL
PARA PROPÓSITOS EDUCATIVOS

En caso de que yo/nosotros, _____,
(nombre/s del/de los padre/s)

con residencia en _____, Rhode Island, me ausente/nos ausentemos o no
(ciudad)

sea/seamos capaz(ces) de cuidar, o tomar decisiones relacionadas con mi/nuestro hijo/a,

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

Yo/nosotros, por la presente autorizamos a _____, quien
(nombre del tutor)

Reside en _____
(dirección del tutor)

para actuar en mi/nuestro nombre como tutor de mi/nuestro hijo antedicho para fines educativos. Yo/nosotros autorizo/autorizamos al tutor antedicho para que tenga la facultad de tomar decisiones relacionadas con la educación de mi/nuestro hijo menor de edad; de recibir todos los archivos educativos; discutir sobre asuntos educativos con el personal de la escuela y tomar cualquier decisión en cuanto a la colocación, servicios o derechos educativos de mi/nuestro hijo.

Los archivos educativos para los propósitos de esta autorización de divulgación, otorgada al tutor antedicho, incluyen pero no están limitados a:

- notas e informes de progreso,
- expedientes de disciplina,
- evaluaciones y asesoramientos,
- archivos de educación especial,
- archivos médicos incluyendo abuso de sustancias, psicológicos y VIH,
- clave y contraseña para cualquier sistema informativo de internet para el padre/estudiante,
- archivos de consejería,

- registro de asistencia.

Este nombramiento podrá ser revocado por mí/nosotros por escrito, pero se mantendrá en pleno vigor y efecto a menos que sea revocado o cuando mi/nuestro hijo cumpla la mayoría de edad. Una fotocopia de este documento tendrá el mismo efecto que el original.

Esta Autorización para Divulgar Archivos Educativos y Asignación del Tutor Legal para Propósitos Educativos fue leída en mi/nuestra presencia en *español* si esa fuera mi/nuestra lengua materna. Yo/nosotros comprendo/comprendemos su contenido y lo firmo/firmamos voluntariamente y sin coacción.

****NO FIRMAR SIN LA PRESENCIA DE UN NOTARIO****

Fecha: _____

Firma del/de los Padre(s)

Nombre impreso del/de los Padre(s)

Fecha: _____

Firma del/de los Padre(s)

Nombre impreso del/de los Padre(s)

Certificado de Notario Público

Estado de Rhode Island
Condado de _____

En este _____ día de _____, 20____, ante mí, el infrascrito notario público, se ha(n) presentado personalmente _____, a quien(es) conozco o quien(es) ha(n) proporcionado prueba de identificación satisfactoria de ser la(s) persona(s) que ha(n) firmado el documento anterior en mi presencia y ha(n) declarado ante mí que él/ella/ellos firman este documento voluntariamente con el propósito establecido.

Firma del Notario Público

Nombre impreso

Mi cargo expira

PODER LEGAL PARA CUIDADOS MÉDICOS

En caso de que yo/nosotros,

_____,
(nombre/s del/de los padre/s)

con residencia en _____, Rhode Island, me ausente/nos
ausentemos o no

(ciudad)

sea/seamos capaz(ces) de cuidar, o tomar decisiones relacionadas con mi/nuestro hijo/a,

_____,
(nombre del hijo) (fecha de nacimiento del hijo)

Yo/nosotros, por medio de la presente nombramos a

_____, quien
(nombre del tutor)

reside

en _____,
(dirección del tutor)

mi/nuestro representante para tomar decisiones relacionadas con los cuidados de la salud y le otorgo/otorgamos a mi/nuestro representante poder legal y autoridad absoluta en cuanto al tratamiento médico de mi/nuestro hijo antedicho. Además, autorizo/autorizamos a mi/nuestro representante para que otorgue o niegue su consentimiento para cualquier acción que sea necesaria para proporcionar tratamiento y cuidado médico a mi/nuestro hijo menor de edad.

La autoridad otorgada a mi agente incluye, pero no se limita a, actuar como mi representante personal para actuar en mi nombre y ejercer mis derechos conforme al Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (la Ley de Responsabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) (HIPAA).

Este nombramiento podrá ser revocado por mí/nosotros por escrito, pero se mantendrá en pleno vigor y efecto a menos que sea revocado o cuando mi/nuestro hijo cumpla la mayoría de edad. Una fotocopia de este documento tendrá el mismo efecto que el original.

Este *Poder Legal para Cuidados Médicos* fue leído en mi/nuestra presencia en *español* si esa fuera mi/nuestra lengua materna. Yo/nosotros comprendo/comprendemos su contenido y lo firmo/firmamos voluntariamente y sin coacción.

****NO FIRMAR SIN LA PRESENCIA DE UN NOTARIO****

Firma del/de los Padre(s)

Fecha: _____

Nombre impreso del/de los Padre(s)

Firma del/de los Padre(s)

Fecha: _____

Nombre impreso del/de los Padre(s)

Certificado de Notario Público

Estado de Rhode Island
Condado de _____

En este _____ día de _____, 20____, ante mí, el infrascrito notario público, se ha(n) presentado personalmente _____, a quien(es) conozco o quien(es) ha(n) proporcionado prueba de identificación satisfactoria de ser la(s) persona(s) que ha(n) firmado el documento anterior en mi presencia y ha(n) declarado ante mí que él/ella/ellos firman este documento voluntariamente con el propósito establecido.

Firma del Notario Público

Nombre impreso

Mi cargo expira