**PODER LEGAL**

Conozco a todas las personas presentes ante nosotros (yo), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y / o

(Nombre del padre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otorgo a

(Nombre del padre) (Dirección)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Pastor o Líder del equipo) (Dirección)

A ser otorgado como nuestro abogado para nosotros y en nuestro nombre para dar consentimiento a la administración de cualquier anestésico y el rendimiento del tratamiento y / o operación médica, dental, quirúrgica que se considere necesaria o aconsejable a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nuestro hijo/a menor de edad, durante el período de a la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y para ejecutar todos los instrumentos necesarios para llevar a cabo y realizar cualquiera de los poderes antes mencionados, y para hacer cualquier otros actos necesarios para llevar a cabo tales poderes. Yo / nosotros, los padres / padres acordamos ser financieramente responsables por los servicios provistos. Autorizo ​​/ autorizamos la divulgación de información médica desde o hacia mi / nuestro seguro compañía y mi / nuestro médico personal.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, actuó, he ejecutado este poder en este

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Mes año)

Testigos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del testigo) (Firma del padre)

Testigos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del testigo) (Firma del padre)

**Notarizado del poder legal**

ESTADO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARROQUIA O CONDADO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En este \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_día de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (año), vino ante mí personalmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para mí conocido es la misma persona descrita en su identificación y a quien ejecutó el sello notarizando, que reconoció que el mismo actúa libremente en firmar tal acuerdo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notario Público, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parroquia o Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mi Comisión expira \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_