

**DELEGATION OF POWER BY PARENT OR GUARDIAN
PURSUANT TO §15-14-105, C.R.S.
DELEGACIÓN DE PODERES POR EL PADRE O TUTOR (PODER NOTARIAL)
SEGÚN EL ARTÍCULO 15-14-105 DE LAS LEYES VIGENTES DE COLORADO
(C.R.S., por sus siglas en inglés)**

I, _____ (full name), parent or guardian of the minor child(ren) or incapacitated person(s) named below:

Yo, _____ (nombre completo), padre o tutor del menor o persona incapacitada nombrada a continuación:

Full Name of Child or Incapacitated Person <i>Nombre completo del menor o persona incapacitada</i>	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Relationship <i>Relación</i>

I hereby authorize and appoint _____ (name of person), as Attorney in Fact for me with full authority to act in my place as follows:

Por medio del presente autorizo y designo a _____ (nombre de la persona), como el apoderado para actuar en mi nombre con plena autoridad como se describe a continuación:

1. To perform any and all acts necessary for the day-to-day care, custody, education, recreation, and property of the above-named minor child or incapacitated person, consistent with the provision of §15-14-105, C.R.S.

Realizar todos y cada uno de los actos necesarios para el cuidado, tutela, educación, actividades recreativas y bienes diarios del menor o de la persona incapacitada nombrado arriba, de conformidad con lo provisto en el artículo 15-14-105 de las Leyes Vigentes de Colorado.

2. To authorize any and all medical and dental care for the health and well-being of the minor child(ren) or incapacitated person(s). This care includes, but is not limited to medical and dental exams and tests, x-rays, surgeries, anesthesia, and hospital care.

Autorizar todo cuidado médico y dental para la salud y bienestar del menor o de la persona incapacitada. Este cuidado incluye, pero no se limita a: exámenes y pruebas médicas y dentales, rayos x, cirugías, aplicación de anestesia y atención hospitalaria.

This Special Power of Attorney does not give the Attorney in Fact the power to consent to the marriage or adoption of the child or incapacitated person.

Este poder notarial especial no le otorga al apoderado el poder para autorizar el matrimonio o la adopción de un menor o una persona incapacitada.

This Special Power of Attorney shall be effective until _____ unless revoked earlier by the parent or guardian in writing. In any case, the authority granted herein shall not be valid for more than 12 months from the date of this document.

Este poder notarial especial será vigente hasta el _____ a menos que el padre o tutor lo revoque por escrito antes de esta fecha. En cualquier caso, la autoridad otorgada por el presente no deberá ser válida por más de 12 meses a partir de la fecha de creación de este documento.

Date: _____

Fecha:

Parent/Guardian Signature

Firma del padre o tutor

Subscribed and affirmed, or sworn to before me in the County of _____, State of _____, this _____ day of _____, 20_____.

Suscrito bajo juramento o protesta ante mí en el condado de _____ estado de _____ este ____ día de _____ del 20_____.

My Commission Expires: _____

Mi cargo vence:

Notary Public/Clerk/Notario público o secretario judicial