

# PODER ESPECIAL Y AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

EL/LOS INFRASCRITO(S) \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ es/son los padre(s) o tutor(es) legal(es) del/de la (menor) \_\_\_\_\_, en adelante denominada la "Menor" por el documento adjunto.

CONSIDERANDO que la Menor necesita tratamiento médico que el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) infrascrito(s) no puede(n) proporcionar, y por lo tanto, el/los infrascrito(s) desea(n) instalar a la Menor bajo el cuidado, custodia y control temporales de Mending Kids International, con la finalidad específica de obtener tratamiento médico para la Menor. Se entiende que Mending Kids International, es una sociedad sin fines de lucro que se constituyó bajo las leyes del Estado de California y está autorizada para operar como una agencia aprobada de colocación de niños en virtud de las leyes del Estado de California con el nombre de Mending Kids International, en EE.UU. y que Mending Kids International, es el agente de dicha sociedad sin fines de lucro, que actúa en su nombre en el Estado de California.

En consecuencia, el/los infrascrito(s) por el presente autoriza(n) y designa(n) a Mending Kids International, **Marchelle L. Seller, Director Ejecutivo y Keever Rhodes Director of Social Services and** \_\_\_\_\_, como apoderados legítimos para que en mi/nuestro nombre y representación realicen los actos, compromisos o encargos siguientes, y lo que se considere en el mejor interés de la Menor, ya sea que se detallen o no específicamente en este instrumento, según juzguen conveniente mis/nuestros apoderados o sus agentes, al exclusivo criterio de mis/nuestros apoderados:

1. Encargarse del cuidado, custodia y control temporales de la Menor por el tiempo que los médicos que brindan atención y tratamiento médicos a la Menor en EE.UU. determinen que es necesario dentro de lo razonable para culminar el tratamiento médico y rehabilitación de la Menor, y luego regresar la Menor al/a los infrascrito(s) cuando se haya culminado dicho tratamiento y rehabilitación.
2. Tomar decisiones a su exclusivo criterio en cuanto a las acciones legales y prácticas necesarias para cumplir con los requisitos de inmigración de todos los países involucrados, lo cual le permitirá a la Menor inmigrar a EE.UU. con la finalidad de obtener tratamiento médico.
3. Tomar decisiones a su exclusivo criterio con respecto a la manera, fecha y pago de los arreglos de viaje para la Menor.
4. Instalar a la Menor en una casa de la menor acogida autorizada o destinarle a la Menor una familia de acogida de conformidad con las leyes exigidas por el Estado en el cual estará colocada la Menor durante su estadía en EE.UU. para recibir tratamiento médico, y tener criterio absoluto para seleccionar, cambiar y supervisar a los padres de la menor acogida.
5. Permitir la cobertura multimedia con respecto a los arreglos para la Menor con el fin de promover la buena voluntad de Mending Kids International, el hospital, los doctores y los terceros que tomen parte en la atención de la Menor, a criterio de mis/nuestros apoderados en consulta con los hospitales, doctores y terceros involucrados en la atención de la Menor.

6. Tomar decisiones a su criterio con respecto a la educación y las actividades extracurriculares de la Menor, de haber alguna, durante la estadía de la Menor en EE.UU. para recibir tratamiento médico.
7. Actuar en todo sentido como el/los tutor(es) legal(es) de la Menor durante su estadía en los EE.UU. para recibir el mencionado tratamiento médico. Mis/Nuestros apoderados quedan autorizados por medio del presente documento a entablar cualquier reclamo o acción en nombre de la Menor, según mis/nuestros apoderados juzguen conveniente, a su exclusivo criterio.

Efectuar todos los arreglos necesarios para la atención médica o quirúrgica de la Menor y otorgar todos los consentimientos y aprobaciones que se requiera en relación con dicha atención, incluyendo, al exclusivo criterio de mis/nuestros apoderados, la suscripción de renunciaciones de responsabilidad en nombre del/de los infrascrito(s), la Menor, sus herederos y cesionarios según se necesite para aplicar los procedimientos médicos previstos; y consentir en todas las limitaciones de recursos y daños que sean necesarios para aplicar los procedimientos médicos previstos.

ASIMISMO, queda entendido y acordado por el/los infrascrito(s) que el/los siguiente(s) hospital(es):

\_\_\_\_\_ están considerados actualmente para ser los prestadores del tratamiento y atención médicos primarios para la Menor. Dicho(s) hospital(es) y doctor(es), así como mis/nuestros apoderados, podrán cambiar de doctor o establecimiento médico, a su exclusivo criterio, para el tratamiento médico de la Menor.

ADEMÁS, queda entendido que este Poder Especial y Autorización para Tratamiento Médico se podría transferir a Mending Kids International.

POR LO TANTO, el/los infrascrito(s) consiente(n) y autoriza(n) expresamente los siguientes procedimientos:

1. \_\_\_\_\_.  
(Especificar el tratamiento previsto)
2. Los procedimientos de diagnóstico, cirugía o curso de tratamiento que se considere razonable y necesario a criterio de los médicos, otros prestadores de atención médica u hospitales que brinden atención o tratamiento médico a la Menor.
3. La administración de la anestesia que se considere razonable y necesaria a criterio de los médicos, otros prestadores de atención médica u hospitales que brinden atención o tratamiento médico a la Menor.
4. La disposición de cualquier tejido que sea retirado por los médicos, otros prestadores de atención médica u hospitales que brinden atención o tratamiento médico a la Menor.
5. La admisión de estudiantes médicos y otros observadores y la toma y utilización de fotografías, dibujos, películas, cintas de video y otros materiales gráficos o auditivos ilustrativos que juzguen apropiados y convenientes los médicos, otros prestadores de atención médica u hospitales que brinden atención o tratamiento médico a la Menor.

6. En el caso de ocurrir el fallecimiento de la Menor, la realización de un examen postmortem por parte de un miembro del personal médico del/de los hospital(es), la retención de los órgano y tejidos que sean necesarios para el estudio patológico, la cremación del cuerpo por decisión del hospital y de mis/nuestros apoderados, y la disposición de los restos y cenizas según la conveniencia del/de los infrascrito(s).

ENTIENDO/ENTENDEMOS ESTE PODER ESPECIAL Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO y certifico/certificamos que el mismo es sucrito libre y voluntariamente por el/los infrascrito(s), y se considera que redundará en el mejor interés de la Menor. El/Los infrascrito(s) reconoce(n) por el presente que los apoderados, sus agentes, los establecimientos médicos, personal y doctores no pueden formular y no han formulado garantía o seguridad alguna con respecto a los resultados médicos después de los tratamientos de la Menor, y el/los infrascrito(s) entiende(n) y acepta(n) totalmente los riesgos involucrados en el tratamiento de la Menor.

EL/LOS INFRASCrito(S) ACUERDA(N) Y CONVIENE(N) en salvaguardar y liberar de cualquier responsabilidad a mis/nuestros apoderados, Mending Kids International, sus agentes y representantes y a aquéllos que puedan actuar confiando en la autorización otorgada mediante este instrumento legal a mis/nuestros apoderados y el/los infrascrito(s) otorga(mos) su/nuestro poder para realizar todas y cada una de las acciones detalladas en el presente y cualquier acto, esté o no detallado expresamente en el presente, que se juzgue en el mejor interés de la Menor, a exclusivo criterio de mis/nuestros apoderados y efectuar y realizar todos los actos que el/los infrascrito(s) hubiera(n) realizado de estar presente(s) en forma personal y actuando en conexión con estos asuntos.

EL/LOS INFRASCrito(S) ACUERDA(N) Y CONVIENE(N) en renunciar, liberar y salvaguardar a los médicos, otros prestadores de atención médica, establecimientos de salud y otros establecimientos médicos de todos los reclamos, costos, daños, pérdidas, gastos, obligaciones y derechos de acción de cualquier índole, que de alguna manera se relacionen con la atención o tratamiento médico brindado a la Menor.

ESTE INSTRUMENTO será efectivo a partir de la fecha de su suscripción y permanecerá teniendo validez hasta que sea revocado por escrito por cualquiera de las partes o hasta la terminación del tratamiento médico de la Menor y el regreso de la Menor al/a los infrascrito(s), lo que ocurra primero.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre

Fechado a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_, 2009.

EN PRESENCIA DE: \_\_\_\_\_, Cargo

\_\_\_\_\_

Suscrito y juramentado ante mí a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público o Abogado

Mi nombramiento vence: \_\_\_\_\_

[Sello]

Este instrumento sólo será válido con la firma del agente autorizado en presencia del representante del hospital de admisión o notario público en calidad de testigo.

\_\_\_\_\_  
Firma del agente autorizado de Mending Kids International

Suscrito y juramentado ante mí a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público o Abogado

Mi nombramiento vence: \_\_\_\_\_

[Sello]