

**ABUELOS Y CUIDADORES FAMILIARES QUE CRÍAN A LOS NIÑOS DE SUS FAMILIARES SIN CUSTODIA
LEGAL O TUTELA**

UNA LEY DE DELAWARE PARA EL NIÑO DE QUIEN USTED CUIDA

AHORA USTED PUEDE:

AUTORIZAR TRATAMIENTO MÉDICO

Llene el Afidávit de Autorización Médica para el Cuidador y vaya a un notario para que lo haga certificar por notario!

Algunos hechos sobre la Autorización Médica para los Cuidadores:

- Los padres, custodios, o guardianes pueden firmar el afidávit que da permiso al cuidador **con quien vive el niño** para proporcionar autorización para tratamiento médico para el niño.
- Para llenar el Afidávit en la ausencia del padre/la madre/los padres o guardianes, un cuidador debe proveer dos formas de pruebas de haber intentado de localizar a la persona responsable para el niño.
- En cualquier momento, un padre, un custodio, o guardián puede revocar su permiso que deja que el cuidador autorice tratamiento médico.
- El Afidávit de Autorización Médica para los Cuidadores es válido por un año desde el día en que fue certificado por notario.
- Un cuidador debe presentar un Afidávit de Autorización Médica para los Cuidadores certificado por notario cuando vaya para tratamiento médico.

Individuos elegibles deben llenar y hacerlo certificado por notario el Afidávit de Autorización Médica para los Cuidadores para que el tratamiento médico sea aprobado para el niño de un familiar.

También puede obtener el Afidávit de Autorización Médica para los Cuidadores de clínicas de salud pública, centros de servicio del estado y la División de Servicios para Personas Mayores y Adultos con Incapacidades Físicas (Division of Services for Aging and Adults with Disabilities) (DSAAPD) por:

- internet: www.DSAAPD.com
- correo electrónico a DSAAPDinfo@state.de.us
- correo al llamar DSAAPD en New Castle a (302) 255-9390, Newark a (302) 453-3820, Milford a (302) 422-1386 o en cualquier parte del estado a 1-800-223-9074.



**DELAWARE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES**

DIVISION OF SERVICES FOR AGING AND
ADULTS WITH PHYSICAL DISABILITIES

**AFIDÁVIT DE AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA
CUIDADORES FAMILIARES**

Este affidavit se puede usar cuando un padre, custodio, o guardián desea darle a un cuidador familiar su permiso para aprobar tratamiento médico para su niño que está viviendo en la casa del cuidador.

O

Este affidavit debe ser llenado cuando un cuidador familiar que está criando a un niño sin custodia legal ni tutela está buscando autorización para tratamiento médico antes de que consiga el cuidado médico. Del padre/la madre/los padres, el custodio, o guardianes no se pueden localizar.

De acuerdo con la Ley de Delaware para el Consentimiento para el Tratamiento Médico de los Menores de Edad (13 Del.C. § 707-708 (a)) doy fe que:

1. Yo, _____ residio en _____ .
(Nombre del cuidador) (dirección)

2. Tengo 18 años o más de edad.

3. _____, _____ reside conmigo en este domicilio.
(Nombre del niño) (Fecha de nacimiento)

4. Yo soy _____ del niño para el cual este affidavit se solicita.
(Relación al niño)

(Un cuidador familiar es un adulto que, por sangre, matrimonio o adopción, es el bisabuelo, la bisabuela, el abuelo, la abuela, los abuelos o bisabuelos políticos, la tiabuela, el tioabuelo, el tío, la tía, el padrastro o la madrastra, el hermano, la hermana, el hermanastro, la hermanastra, el medio hermano, la media hermana, el sobrino, la sobrina, el primo, la prima o el primo "once removed" pero que no tiene custodia legal ni tutela legal del niño.)

5. El nombre del padre/la madre/los padres, el custodio o del guardián es:

_____ .

6. **Si el padre/la madre/los padres, el custodio o el guardián está disponible** para firmar este affidavit que señala su aprobación para que un cuidador familiar autorice tratamiento médico para su niño que reside con ese cuidador, esta sección se debe completar y firmar.

Yo, (escriba su nombre en letra de molde) _____ el/la (marque la caja apropiada.)
padre/madre custodio guardián de

(Escriba el nombre del niño en letra de molde) _____, un niño menor de edad que reside con este cuidador y es un familiar mío por sangre, adopción o matrimonio, doy permiso para (escriba en letra de molde el nombre del cuidador) _____ para representarme en cuanto a la aprobación de tratamiento médico para este niño.

Firma del padre/la madre/los padres, custodio, o guardián

Fecha

7. **Si el padre/ la madre/ los padres/ el custodio, o el guardián no se pueden localizar**, usted debe completar Sección A de abajo como una de las formas de comprobación que usted ha intentado a encontrar el padre/la madre/los padres, el custodio, o el guardián. Además, usted tiene que escoger una de las opciones--B, C, D o E. Se requiere que usted complete la acción descrita y escribir la información que su opción pide.

Sección Requerida A

A. Yo he enviado una carta certificada a el padre/la madre/los padres, al custodio o al guardián a su última dirección conocida. Esta carta les informo al padre/la madre/los padres, al custodio, o al guardián de este niño que yo tengo la intención de servir en capacidad de custodio y asumir la responsabilidad médica para el niño. Esta carta se adjunta con el recibo del correo certificado reportando que la carta no se pudo entregar porque el padre/la madre/los padres, el custodio, o el guardián de este niño no se encontraba en este domicilio.

Y una de las siguientes opciones:

B. Yo, o una persona quien actúa en mi nombre, (nombre) _____ visité el último domicilio conocido del padre/la madre/los padres, el custodio, or el guardián. *Describe lo que se encontró durante la visita. Incluye el nombre de la persona con quien usted habló; la relación de esa persona con el padre/la madre/los padres, el custodio or el guardián, lo que dijo esa persona; y cualquier información relacionada que aclara la situación.*

O

C. Yo, o una persona quien actúa en mi nombre, (nombre) _____ traté de determinar la localidad del padre/la madre/los padres, el custodio, o el guardián al contactar el lugar donde trabajan, su médico o amigos. *Describe la relación de su pregunta. Diga lo que fueron las respuestas a su pedido de localizar a el padre/la madre/los padres, al custodio, o al guardián.*

O

D. Yo he puesto un anuncio en el *News Journal* y el *Delaware State News* informando al padre/la madre/los padres, el custodio, o el guardián de (nombre del niño) _____ que yo tengo la intención de asumir la responsabilidad médica del niño. *Ocho días después de la publicación, describa lo que sucedió. Incluye la respuesta que usted recibió o la falta de una respuesta. Adjunte una copia del anuncio legal, asegurando que se incluye la parte del periódico con la fecha del anuncio.*

O

E. Otros documentos o confirmaciones que demuestran que el padre/la madre/los padres, el custodio, o el guardián no se pueden localizar.

8. Firma del cuidador familiar (Requerido para todos los afidávits)

Al firmar este Afidávit para la Autorización Médica para Cuidadores Familiares, yo entiendo que si hago declaraciones falsas, estoy sujeto a una penalidad mínima de \$1,000. También podría estar sujeto a una acción criminal.

Yo (escriba su nombre en letra de molde) _____, declaro, certifico y declaro bajo penalidad de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas, que yo sepa.

Este, el _____ día de _____, 20____
(Fecha) (Mes) (Año)

Firma del Cuidador Familiar
(Debe firmarse en la presencia de un notario)

9. Para ser completado por un notario:

En este, el _____ día de _____, 20____, personalmente ante mí, _____, es la persona descrita en y quien ejecutó el instrumento anterior y él/ella reconoce que ha ejecutado el mismo y siendo jurado por mí, da fe que las declaraciones en el instrumento anterior son verdaderas.

Nombre del Notario en Letra de Molde

Firma del notario

_____ Mi comisión vence _____
(Fecha)

Este Afidávit de Authorización Médica para Cuidadores es válido por un año o menos. Este

Afidavit empieza en _____ y se acabará en _____ .
(fecha de la firma del notario) (fecha)