



- El abajo firmante \_\_\_\_\_ cuya residencia se encuentra en \_\_\_\_\_ por la presente declara que el abajo firmante es un padre/tutor de la siguiente menor \_\_\_\_\_ de Dieciocho (18) años; cuya fecha de nacimiento es (Mes, día y año) \_\_\_\_\_ y cuyo número NUID es \_\_\_\_\_
- Tal menor no está bajo la tutela del estado.
- En conformidad con el Código Testamentario de Nebraska § 30-2604, el abajo firmante delega a dicho menor, todos los poderes delegados bajo el Código Testamentario de Nebraska § 30-2604, con respecto al poder de los padres / tutores para consentir a la atención médica de ese menor y tratamiento médico. This delegation shall have precedence over any other delegation of such powers.
- Esta delegación tendrá precedencia sobre cualquier otra delegación de tales poderes.
- Esta delegación comienza en la fecha a continuación y termina cuando el menor listado en este documento cumpla diecinueve años.
- Este poder no se verá afectado por la discapacidad del abajo firmante y seguirá en vigor, a pesar de la posterior discapacidad o incapacidad del abajo firmante o la incertidumbre posterior sobre si el abajo firmante puede estar muerto o vivo.

FECHADO ESTE \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

STATE OF \_\_\_\_\_

COUNTY OF \_\_\_\_\_

Before me, a Notary Public, personally came \_\_\_\_\_, known to be the identical person who signed the foregoing instrument and such person acknowledged the execution thereof to be such person's voluntary act and deed.

Witness my hand and notarial seal on, \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

Notary Public \_\_\_\_\_

**COPY IS AS VALID AS ORIGINAL  
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL CARE OF MINOR**