

2. Poderes del Agente

Mi Agente tiene el poder completo y la autoridad para manejar y realizar todos mis asuntos relacionados con el/la/los niño/a/s mencionados en la lista. Pero, no será utilizado para anular mis decisiones. El poder y la autoridad de mi Agente incluye, pero no se limitará a:

- Consentimiento para y proveer todo cuidado médico;
- Tener acceso completo a todos los informes médicos, psicológicos, de agencias, de educación u otros registros de el/la/los niño/a/s mencionados;
- Recibir informes educativos y participar en todas las actividades de cualquier escuela o guardería de la misma forma que yo lo hiciera;
- Solicitar beneficios y participar en programas ofrecidos por cualquier organización gubernamental, agencia administrativa, persona, u otra entidad;
- Tener custodia y cuidado físico y todos los derechos de los padres el/la/los niño/a/s mencionados en la lista.

3. Autorización de la Divulgación de Información

-Yo autorizo a todo proveedor de cuidado de la salud, plan de salud, laboratorio, farmacia, o aseguradora, u otro centro de salud, a divulgar información de salud y archivos médicos a mi Agente de el/la/los niño/a/s mencionados.

-Esta autorización incluye información de salud y archivos médicos de el/la/los niño/a/s mencionados para cualquier pasada, presente, o futura condición médica o salud mental.

Esta autorización incluye información de el/los tema/s marcados debajo:

- Abuso de Substancias (abuso de alcohol/droga);
- Salud Mental como definido por el código de Iowa 228.1 (incluye estudios psicológicos); y/o
- Información Relacionada al VIH (estudios relacionados al SIDA)
- Información Relacionada a la Genética

-Yo puedo revocar esta autorización a cualquier tiempo con notificación escrita a cualquier proveedor. Yo tengo el derecho de inspeccionar la información revelada en cualquier tiempo. Información divulgada puede ser re-revelada y puede ser que no sea protegida por Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA)

-Yo doy a mi Agente la autoridad de servir como representante personal con respeto a todo propósito de HIPPA para el/la/los niño/a/s mencionados.

-Yo autorizo a mi Agente que firme, de parte de el/la/los niño/a/s mencionados, cualquier papel necesario para implementar decisiones de cuidado de salud

4. Fecha de entrada en vigor y durabilidad (Marque todo el que aplica)

Este Poder de Representación entra en vigor (seleccione uno)

a. empezando en _____.

b. cuando yo no pueda o no esté disponible para tomar decisiones o cuidar a el/la/los niño/a/s mencionados

Este Poder de Representación Duradero no sera afectado por mi discapacidad.

Yo puedo revocar este Poder de Representación con proveer a mi Agente noticia en escrito.

Si no es revocado, será efectivo (seleccione uno)

c. hasta _____.

d. mi muerte.

Mi Representante (Agente) no será responsable por un error de juicio hecho de buena fe, pero será responsable por mala conducta intencional o incumplimiento de buena fe.

5. Firma

Fecha

Firma del padre/madre

Nombre impreso del padre/madre

ESTADO DE IOWA, CONDADO DE _____) ss:

Este documento se firmó y reconoció frente a mí el _____ día
de _____, 20____, por _____

Nombre de padre/madre

NOTARIO PÚBLICO DEL ESTADO DE IOWA

2. ***Powers of Agent***

My Agent has the full power and authority to manage and conduct all of my affairs related to the child(ren) listed. But, it shall not be used to override my decisions. The power and authority of my Agent shall include, but not be limited to:

- Consent to and provide for all medical care;
- To have full access to all medical, psychological, agency, education, or other records for the listed child(ren);
- To receive educational reports and participate in all activities at any school or child care to the same extent that I would;
- To apply for benefits and participate in programs offered by any government body, administrative agency, person, or other entity;
- To have custody and physical care, and all parental rights for the listed child(ren).

3. ***Authorization to Release Information***

- I authorize any health care provider, health plan, laboratory, pharmacy, or insurance company, or other health clearinghouse, to release health information and medical records of the child(ren) to my Agent.
- This authorization includes health information and medical records of the child(ren) for any past, present or future medical or mental health conditions.

This authorization includes information on the subject(s) marked below:

Substance Abuse (alcohol/drug abuse);

Mental Health as defined by Iowa Code 228.1 (includes psychological tests); and/or

HIV-Related Information (AIDS-related tests)

Genetic-related information

- I can revoke this authorization at any time by written notice to any provider. I have a right to inspect the disclosed information at any time. Released information may be re-disclosed and may no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA).
- I give my Agent the authority to serve as the personal representative regarding the child(ren) for all purposes of HIPPA.

- I authorize my Agent to sign, on behalf of the child(ren), any papers needed to implement health care decisions.

4. Effective date and durability (Check all that apply.)

This Power of Attorney is effective (check one)

a. starting on _____.

b. whenever I am unable or unavailable to make decisions or care for my minor child(ren) listed.

This Power of Attorney shall not be affected by my disability.

I may revoke this Power of Attorney by providing written notice to my Agent.

If not revoked, it shall be effective (check one)

c. until _____.

d. my death.

My Agent shall not be liable for an error in judgment made in good faith, but shall only be liable for willful misconduct or breach of good faith.

5. Signature

Date

Parent's signature

Parent's printed name

Address: _____

City/State/Zip: _____

STATE OF IOWA, COUNTY OF _____) ss:

This instrument signed and acknowledged before me on this _____ day of _____, 20____, by _____.

Parent's name

NOTARY PUBLIC FOR THE STATE OF IOWA

Instructions for DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR MINOR CHILD

Paragraph 1

Put in the name of the parent in the first blank. On the next blank, put in the name and address of the agent. The next blank can be used if the parent wants to list a back-up person. If there is no one else, just write "none." In the box, put in the child's full name and date of birth.

Paragraph 2

Read carefully.

Paragraph 3

Read carefully. Some information can only be released if specifically stated. Check all the boxes that are needed.

Paragraph 4

Select either (a) or (b). If the power of attorney is to start on a specific date, check (a) and fill in the date when the power of attorney begins. This can be the date the parent signs. Option (b) is for situations where the parent is still going to be caring for the child, but just wants to have something in place, in case of some unexpected problem.

Select either (c) or (d). If the power of attorney is to end on a specific date, check (c) and fill in the date when the power of attorney ends. Check Option (d) if there is no specific end date. Remember, this Power of Attorney can be revoked at any time by the parent.

Paragraph 5

The parent must sign it in front of a notary. The parent should have identification. Print the parent's name and address and fill in the date that the parent is signing. The notary will fill in the rest.

Make copies for the school, the child's doctor, and others who will need to know

Remove the instruction sheet before making copies or giving the form out