

DURABLE POWER OF ATTORNEY TO ACT AS GUARDIAN

Principal:

Attorney-in-Fact:

Name

Name

Address

Address

THE CHILDREN:

Date of Birth: _____ SSN: _____

Date of Birth: _____ SSN: _____

KNOW ALL BY THESE PRESENTS:

That I, the **Principal** named above, appoint as my attorney-in-fact, to act for me in my name, place and stead, the **Attorney-in-Fact** named above, and do hereby authorize the same to:

Authorize and consent to any and all medical care and treatment of the children including but not limited to emergency medical procedures, surgery, dental care and other health needs; to provide housing transportation and other care for the children; to legally authorize a release of all information, including but not limited to medical information and school information, which concerns the care of the children; to assume any debt on my behalf if necessary to provide medical treatment to the children.

In addition to the above listed powers, we hereby authorize and give full authority and power to the attorney-in-fact to do and perform any and all other acts as necessary or incident to the care of the children.

This Limited Power of Attorney may be terminated by any of us by giving written notice of such termination to such other party, but shall otherwise be in effect until the children's eighteenth birthday.

This Power of Attorney appoints us limited to the purposes listed above. This Power of Attorney shall not be affected by the disability of any principal.

I authorize a copy of this power of attorney to be as valid as the original.

I have signed this Power of Attorney on this _____ day of _____, 20____.

(Signature of **Principal**)

Signed and acknowledged in the presence of:

(Witness)

(Witness)

COUNTY OF _____
STATE OF ARKANSAS

The above named **Principal** personally appeared before me, a Notary Public for this County and State, and acknowledged that he or she did sign this Power of Attorney, and that it is a free and voluntary act and deed on this _____ day of _____, 20____.

NOTARY PUBLIC

PODER DEL APODERADO COMO GUARDIA

Principal:

Abogado-En-Hecho:

Nombre

Nombre

Dirección

Dirección

LOS NIÑOS:

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

SEPA TODOS AL LADO DE ESTOS PRESENTES:

Que, yo, el infrascrito **Principal**, como madre o padre, designó y así apoderando, para actuar por mí y en mi nombre y lugar al **Abogado-En Hecho** nombrado arriba, y lo autorizo por este medio a que:

Autoriza y consiente a cualquier y toda la asistencia médica y tratamiento de los procedimientos médicos de los niños, incluyendo pero no limitado a, los de emergencia, de cirugía, del cuidado dental y de otras necesidades de la salud; para proporcionar la cobertura, el transporte y el otro cuidado para los niños; autorizó legalmente un lanzamiento de toda la información, incluyendo pero no limitado a la información médica y a la información de la escuela, que se refiere al cuidado de los niños; para asumir cualquier deuda en mi favor en caso de que sea necesario para proporcionar el tratamiento médico a los niños.

Además de los poderes enumerados arriba, autorizo y doy por este medio autoridad completa y el poder a mi abogado-en-hecho de hacer y de realizar cualquier y todo lo necesario y lo que ocurra al cuidado de mis niños.

Este poder limitado se puede terminar por cualquiera de nosotros dando el aviso escrito de tal terminación al otro partido, pero estará en efecto hasta que los niños cumplan los dieciocho años de edad.

Este poder notarial nos designa con carácter limitado a los fines enumerados anteriormente. Este poder notarial no se verá afectado por la incapacidad de ningún mandante.

Autorizo que una copia de este poder notarial tenga la misma validez que el original.

He firmado este poder en este _____ día de _____, 20 ____.

(Firma del **Principal**)

Firmado y reconocido en presencia de:

(Testigo)

(Testigo)

CONDADO DE _____
ESTADO DE ARKANSAS

El **Principal** arriba nombrado apareció personalmente ante de mí, un notario público de este condado y estado, y reconozco que él/ella firmó este poder y que es libre y voluntario en este _____ día de _____, 20 ____.

NOTARIO PÚBLICO

