



Poder para Atención Médica / Power of Attorney for Health Care

Yo, _____, el Otorgante, designo a _____, quien es mí _____, cuya dirección es _____ y cuyo número de teléfono es _____ como mi apoderado para Atención Médica.

Si el apoderado para Atención Médica mencionado anteriormente no puede o no desea actuar como mi Apoderado para Atención Médica, designo por la presente a _____, quien es mí _____, cuya dirección es _____, y cuyo número de teléfono es _____ como mi suplente de Apoderado de Atención Médica.

Indico que mi Apoderado debe cumplir con las siguientes instrucciones o limitaciones en relación con mis deseos sobre la atención médica (esto puede incluir mis deseos sobre, entre otros, instrucciones sobre el tratamiento para mantener la vida y la administración artificial de nutrición e hidratación): _____

Autorizo a mi apoderado para que tome decisiones de atención médica por mí, incluidas decisiones de vida o muerte, cuando se determine, por parte de mí(s) proveedor(es) tratante(s), que carezco de la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica. Entiendo que puedo solicitar una segunda opción para confirmar mi capacidad. Además, autorizo la divulgación de registros médicos a mi Apoderado o Suplente de Apoderado, como se establece anteriormente. He discutido o discutiré mis deseos sobre la atención médica con mi Apoderado o Suplente de Apoderado. También entiendo que puedo revocar este Poder para Atención Medica en cualquier momento notificado a mi Apoderado, a mí(s) proveedor(es) tratante(s) o a la institución en la que soy paciente o residente.

HE LEÍDO ESTE PODER NOTARIAL PARA CUIDADOS DE LA SALUD Y ENTIENDO QUE PERMITE A OTRA PERSONA TOMAR DECISIONES SOBRE MI CUIDADO DE LA SALUD, VIDA Y MUERTE, SI SE DETERMINA QUE NO PUEDO TOMAR DICHAS DECISIONES.

Firma/Signature

Dirección/Address

Nombre impreso

Fecha / Date

ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR UN NOTARIO PÚBLICO O DOS TESTIGO

En este día _____ de _____ 20_____, ante mí, _____, Un notario público en y para el condado de _____, _____ el principal firmó voluntariamente este documento en mi presencia. Doy fe con mi firma y sello notarial en _____, en dicho condado, el día y año arriba indicados. _____

Firma del Notario Público / Signature of Notary Public

O

Declaración de testigos / Declaration of Witnesses:

Declaramos que el principal es conocido personalmente por nosotros, que el principal firmó o reconoció la firma en el Poder Notarial para la Atención Medica en nuestra presencia, y que el principal parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no está bajo coacción ni influencia indebida, y que ninguno de nosotros, ni el médico tratante, ni la enfermera practicante, ni el asistente médico del principal es la persona designada como Apoderado para la Atención Médica.

Firma del Testigo / Witness Signature

Date / Date

Firma del Testigo / Witness Signature

Fecha / Date

Nombre escrito / Printed Name

Nombre escrito / Printed Name

Dirección/Address

Dirección/Address

Patient Label

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

| NAME: _____ DOB: _____
| FIN: _____ MRN: _____