



## **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 medica por mí, incluidas decisiones de vida o muerte, cuando se determine, por parte de mi(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 mi(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	
NAME: _____	DOB: _____
FIN: _____	MRN: _____

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**

NMHS-2419SP  
Rev. 9/2025