

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Duración

Comprendo que este poder existirá indefinidamente a partir de la fecha en que se firma el documento a menos que yo establezca un término más corto o lo revoque. Si no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas por mi propia cuenta cuando este poder expire, la autoridad que le he dado a mi agente seguirá en vigor hasta que yo pueda volver a tomar decisiones por mí mismo.

(Si aplica) Este poder se vencerá en la siguiente fecha: _____

Revocación de nombramientos anteriores

Revoco cualquier carta poder para el cuidado médico anterior.

Acuse de recibo de la Declaración

Me dieron la declaración en la que se explica las consecuencias de este documento. La leí y la entiendo.

(Tiene que escribir la fecha y firmar este poder)

Firmo mi nombre en este poder médico el _____ de _____ (mes) de _____ (año) en Ciudad y Estado _____

Firma _____

Nombre en letra de molde _____

Declaración de el testigo

No soy la persona designada como agente por medio de este documento. No soy pariente de el poderante ni por sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la sucesión de el poderante después de su fallecimiento. No soy el médico tratante de el poderante ni estoy empleado por el médico tratante. No tengo ningún derecho sobre ninguna porción de la sucesión de el poderante después de su fallecimiento. Además, si trabajo en el centro de atención médica donde es paciente el poderante, no tengo que ver con el cuidado directo de el poderante y no soy funcionario, director, socio, ni empleado de la oficina de el centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Firma del segundo testigo

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

“Carta Poder Durable para el Cuidado Médico”

La “Carta Poder Durable para el Cuidado Médico” es otro documento legal que nombra un responsable para una persona en el acontecimiento en que la persona estuviere viva pero incapaz de comunicar sus deseos. Esto actúa para proteger a la persona en el sentido legal en el nombramiento de una persona a quien ellos aman y confían en hacer las decisiones médicas para ellos si ellos no pueden hacerlas. Ejemplos de tales decisiones las cuales pueden ser hechas por el responsable señalado incluyen permiso o negación de “CPR” (resucitación cardiopulmonar), cirugía u otros procedimientos invasivos, clínicas de resposo, etc.

Es importante que usted asigne a una persona que conozca y en la que confíe para hacer decisiones a su favor en el caso que usted no pueda hacer estas decisiones por sí mismo en algún momento en el futuro.

Incluso después de que usted haya firmado este documento, usted tiene el derecho de tomar sus propias decisiones mientras tenga la capacidad y no se le puede dar o negar tratamiento sobre su voluntad. Usted tiene el derecho de revocar la autoridad concedida a su agente informando a su agente, a su proveedor de cuidado médico ó a su proveedor de cuidado residencial, oralmente ó por escrito, o por ejecución de una carta poder durable para el cuidado médico. A menos que usted indique de otra manera, su designación de un esposo(a) se disuelve bajo divorcio.

Este documento no puede ser cambiado o modificado. Si usted desea hacer cambios a este documento, usted debe hacer un documento totalmente nuevo.

Usted puede designar un agente alternativo en el evento que su agente no desee, sea incapaz, o inelegible de actuar como su agente alternativo. Cualquier agente alternativo que designe tiene la misma autoridad para tomar decisiones médicas por usted.

Esta carta poder no es válida a menos que sea firmada en presencia de dos o más testigos calificados. Las siguientes personas no pueden actuar como testigos:

1. La persona designada como su agente.
2. Su proveedor de cuidado médico ó residencial, ó un empleado de estos.
3. Su esposo(a).
4. Sus herederos o beneficiarios nombrados en su testamento o en un contrato; ó
5. Acreedores ó personas que tengan una demanda en su contra.

“Carta Poder Durable para el Cuidado Médico” Poder médico

Nombramiento de un agente de atención médica:

Yo, _____ (escriba su nombre) nombro a:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

como mi agente para que tome todas y cada una de las decisiones sobre atención médica por mí, a menos que yo diga lo contrario en este documento. Esta carta poder entra en vigor si yo pierdo la capacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica y mi doctor certifica dicha discapacidad por escrito.

La autoridad de mi agente médico para tomar decisiones tendrá las siguientes limitaciones:

Nombramiento de un agente alterno:

(Usted no tiene que nombrar a un agente alterno, pero si desea puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones médicas que tomaría el agente designado si el agente designado no puede o no quiere hacer las veces de agente. Si el agente designado es su cónyuge, el nombramiento se revoca automáticamente por ley si su matrimonio se disuelve).

Si la persona designada como mi agente no es capaz o no está dispuesta a tomar decisiones médicas por mí, nombro a las siguientes personas, para que hagan las veces de agente para tomar decisiones de tipo médico conforme yo las autorice por medio de este documento. Lo harán en el siguiente orden:

Primer Agente Alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Segundo Agente Alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

El original de este documento se mantendrá en:
