

PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

(1) Yo, _____
por este medio nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) Opcional: Agente alternativo

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por este medio nombro a _____
(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.

(3) Salvo que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o circunstancias bajo las cuales expirará, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. (Opcional: si desea que este poder venza, indique aquí la fecha o las condiciones). Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones):

(4) Opcional: Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones). Ordeno a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales (alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa), su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

(5) Su identificación *(en letra de molde)*

Su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

Su dirección _____

(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

(marque la opción que corresponda)

- Cualquier órgano o tejido que se necesite
- Los siguientes órganos o tejidos _____

Limitaciones _____

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma _____ Fecha _____

(7) Declaración de testigos *(Los testigos deben tener al menos 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

Testigo 1

Fecha _____

Nombre *(en letra de molde)* _____

Firma _____

Domicilio _____

Testigo 2

Fecha _____

Nombre *(en letra de molde)* _____

Firma _____

Domicilio _____



**Department
of Health**