

PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

(1) Yo, _____ por la presente, nombro a (*nombre, dirección, número de teléfono*)

_____ como mi agente de atención médica para tomar todas y cada una de las decisiones de atención médica por mí, excepto en la medida en que indique lo contrario. Este poder entrará en vigencia solo cuando y si me volviere incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) **Opcional:** Agente suplente - Si la persona que designo no puede, no quiere o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por la presente nombro a (*nombre, dirección, número de teléfono*)

_____ como mi agente de atención médica para tomar todas y cada una de las decisiones de atención médica por mí, excepto en la medida en que indique lo contrario.

(3) A menos que lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o debido a las circunstancias bajo las cuales vencerá, este poder permanecerá en vigencia indefinidamente. (*Opcional: si desea que este poder venza, indique la fecha o las condiciones aquí*). Este poder vencerá el (*especificar fecha o condiciones*):

(4) **Opcional:** Ordeno a mi agente de atención médica que tome decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él o ella sabe o como se indique a continuación. (*Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar decisiones de atención médica por usted o para dar instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones.*) Ordeno a mi agente de atención médica que tome decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones y/o instrucciones (*adjunte páginas adicionales según sea necesario*):

Mi agente de atención médica conoce mis deseos sobre nutrición e hidratación por medios artificiales (es decir, sondas de alimentación) _____

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

Su nombre: _____

Su firma: _____ Fecha: _____

Su dirección: _____

(6) **Opcional - Donación de órganos y/o tejidos.** Por la presente hago una donación anatómica, que será efectiva a mi muerte, de: (marque todas las casillas que correspondan)

Cualquier órgano y/o tejido necesario

Los siguientes órganos y/o tejidos

Limitaciones _____

Si no declara sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se interpretará como que no desea hacer una donación o en evitar que una persona, que de otro modo esté autorizada por la ley, dé su consentimiento a una donación en su nombre.

Su firma: _____ Fecha: _____



XXXXXXXXXXXXXX

PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

(7) Declaración de los testigos (*Los testigos deben tener 18 años de edad o más y no pueden ser el agente de atención médica o suplente*). Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y parece estar en su sano juicio y actuando por su propia voluntad. Él o ella firmó (o le pidió a otro que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Testigo 1

Nombre (*en letra de imprenta*)

Firma

Fecha

Dirección

Testigo 2

Nombre (*en letra de imprenta*)

Firma

Fecha

Dirección