

# PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS

## DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre) designo a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

como mi agente para tomar todas y cada una de las decisiones en mi lugar, excepto que yo declare lo contrario en este documento. Este Poder Legal para Asuntos Médicos entra en vigencia si yo me vuelvo incapaz de tomar decisiones sobre mi propio cuidado de la salud y este hecho es certificado por escrito por mi médico.

## LAS LIMITACIONES EN LA AUTORIDAD DE TOMAR DECISIONES DE MI AGENTE SON LAS SIGUIENTES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DESIGNACIÓN DE AGENTE ALTERNO

(No se requiere que designe un agente alterno, pero puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones sobre el cuidado de la salud como el agente designado si el agente designado no puede o no quiere ser su agente. Si el agente designado es su cónyuge, la designación es revocada automáticamente si el matrimonio se disuelve.)

Si la persona designada como mi agente está incapacitada o no quiere tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por mi, yo designo a las siguientes personas para que actúen como mi agente para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de parte mía tal y como se autoriza por parte de este documento, quienes actuarán en el orden siguiente:

### A. Primer agente alter

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### B. Segundo agente alterno

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El original de este documento se guarda en:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**DURACIÓN**

Entiendo que este Poder Legal para Asuntos Médicos existe indefinidamente desde la fecha en que se ejecuta este documento a menos que yo establezca un periodo más corto o revoque este poder legal. Se estoy incapacitado de tomar decisiones por mi mismo sobre el cuidado de mi salud cuando este poder legal expire, la autoridad que le he conferido a mi agente continuará hasta el momento en que yo pueda tomar las decisiones por mi mismo sobre el cuidado de mi salud.

(Si es aplicable) Este poder legal termina en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

**DESIGNACIÓN PREVIA REVOCADA**

Yo revoco cualquier Poder Legal previo para Asuntos Médicos.

**RECONOCIMIENTO DE TESTIMONIO INFORMATIVO**

Se me ha entregado un testimonio informativo explicando el efecto de este documento. He leído y entendido la información contenida en esta declaración de revelación.

(USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER LEGAL)

Yo firmo con mi nombre en este Poder Legal en el día \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ (mes) de \_\_\_\_\_ (año) en

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta)

**DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO**

Yo no soy la persona designada como agente a través de este documento, no estoy relacionada con el principal ni por lazos de sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la herencia del principal a la muerte del principal. No soy el médico que atiende al principal ni un empleado del médico que lo atiende. No he presentado ningún reclamo contra ninguna parte de la herencia del principal a la muerte del principal. Además, si soy un empleado de la institución de cuidado de la salud en la cual el principal es un paciente, no estoy involucrado en proveer cuidado de paciente directamente al principal y no soy un funcionario, director, o empleado de oficina administrativa de la instalación de cuidado de la salud ni de ninguna organización matriz de la instalación de cuidado de la salud.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_