

## **MI PODER NOTARIAL PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA**

ESTE PODER NOTARIAL REVOCA TODOS LOS PODERES NOTARIALES ANTERIORES PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA.

(Tanto usted como un testigo deben firmar este formulario para que sea válido).

Mi nombre (nombre completo en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Mi dirección: \_\_\_\_\_

### **DESEO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

(Un agente es su representante personal según la ley estatal y federal):

(Nombre del agente) \_\_\_\_\_

(Dirección del agente) \_\_\_\_\_

(Número de teléfono del agente) \_\_\_\_\_

*(Marque la casilla si corresponde)*  Si se debe designar a un tutor para mi persona, nombro al agente que actúa en virtud de este poder legal como mi tutor.

### **AGENTE(S) SUCESOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA (opcional):**

Si el agente que seleccioné no puede o no desea tomar decisiones de atención médica en mi nombre, entonces solicito que la(s) persona(s) que nombro a continuación sea(n) mi(s) agente(s) sucesor(es) de atención médica. Únicamente una persona a la vez puede actuar como mi agente (agregue otra página si desea añadir más nombres de agentes sucesores):

\_\_\_\_\_  
(Agente sucesor nº 1, nombre, dirección y número telefónico)

\_\_\_\_\_  
(Agente sucesor nº 2, nombre, dirección y número telefónico)

### **MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN MI NOMBRE, ENTRE ELLAS:**

- (i) Decidir aceptar, retirar o rechazar el tratamiento de cualquier afección física o mental que padezca, incluidas las decisiones de vida o muerte.
- (ii) Aceptar ingresarme o darme de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución, incluido un centro de salud mental.
- (iii) Tener acceso total a mis expedientes médicos y de salud mental, y compartirlos con otros según sea necesario, inclusive después de que yo fallezca.
- (iv) Llevar a cabo los planes que ya hice o, si aún no lo he hecho, tomar decisiones sobre mi cuerpo o restos, incluidos órganos, tejidos o donación de la totalidad del cuerpo, autopsia, cremación y entierro.

La concesión de poder anterior tiene el propósito de ser tan amplia como sea posible de manera que mi agente tenga la potestad para tomar cualquier decisión que yo pudiera hacer para obtener o concluir cualquier tipo de atención médica, incluso el retiro de agua y comida, y otras medidas para conservar la vida.

**AUTORIZO A MI AGENTE A (marcar cualquiera de las casillas):**

- Tomar decisiones en mi nombre únicamente cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El/los médico(s) que se ocupa(n) de mí determinará(n) el momento en que carezca de esta capacidad.

*(Si la casilla no está marcada, entonces se debe implementar la casilla anterior).* **O**

- Tomar decisiones en mi nombre únicamente cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El/los médico(s) que se ocupa(n) de mí determinará(n) el momento en que carezca de esta capacidad. A partir de ahora, con el propósito de ayudarme a mí mismo con mis planes y decisiones de atención médica, mi agente tendrá acceso pleno a mis expedientes médicos y de salud mental, la potestad para compartirlos con otras personas, según sea necesario, y la capacidad plena para comunicarse con mi(s) médico(s) personal(es) y con otros proveedores de atención médica, incluida la facultad de solicitar la opinión de mi médico sobre si carezco de la capacidad de tomar decisiones por mí mismo o no. **O**

- Tomar decisiones en mi nombre a partir de ahora y hasta que no pueda hacerlo por mí mismo. A pesar de aún poder tomar mis propias decisiones, aún puedo hacerlo si quiero.

El asunto del tratamiento para conservar la vida es de particular importancia. Los tratamientos de soporte vital pueden incluir la alimentación a través de un tubo o líquidos a través de un tubo, máquinas para respirar y RCP. En general, en lo que respecta a tomar decisiones sobre tratamientos para conservar la vida, se le indica a su agente considerar el alivio del sufrimiento, la calidad y también la posible prolongación de su vida, y los deseos que usted haya expresado con anterioridad. Su agente sopesará las cargas respecto de los beneficios de los tratamientos propuestos al tomar decisiones en su nombre.

A continuación se describen declaraciones adicionales respecto del mantenimiento o retiro de tratamientos de soporte vital. Estas pueden servir como guía a su agente a la hora de tomar decisiones en su nombre. Consulte con su médico o proveedor de atención médica si tiene preguntas acerca de estas declaraciones.

**SELECCIONE ÚNICAMENTE LA DECLARACIÓN QUE EXPRESA MEJOR SUS DESEOS (opcional):**

- La calidad de vida es más importante que la duración de la vida. Si estoy inconsciente y el médico que me atiende considera que, de acuerdo a estándares médicos razonables, no me despertaré o que no recuperaré mi capacidad de pensar, de comunicarme con mis familiares y amigos, y de experimentar mi entorno, no deseo tratamientos para prolongar mi vida o demorar mi muerte, pero sí quiero recibir tratamiento o atención médica para que esté más cómodo y para aliviarme el dolor.
- Estar vivo es más importante para mí, independientemente de lo enfermo que esté, de cuánto sufra, del costo de los procedimientos o de qué tan improbables sean mis oportunidades de recuperación. Quiero que mi vida se prolongue lo máximo posible de acuerdo con los estándares médicos razonables.

**LIMITACIONES ESPECÍFICAS A LA POTESTAD PARA TOMAR DECISIONES DE MI AGENTE:**

La concesión de poder anterior tiene el propósito de ser tan amplia como sea posible de manera que su agente tenga la potestad para tomar cualquier decisión que usted pudiera hacer para obtener o concluir cualquier tipo de atención médica. Si desea limitar el alcance de los poderes de su agente, prescribir reglas especiales o limitar el poder para autorizar una autopsia o disponer de los restos, puede hacerlo específicamente en este formulario.

---

---

Mi firma: \_\_\_\_\_

: Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**HAGA QUE SU TESTIGO ACEPTE LO QUE ESTÁ ESCRITO A CONTINUACIÓN, Y LUEGO FIRME DONDE CORRESPONDE:**

Tengo al menos 18 años de edad. *(Marque una de las opciones a continuación):*

- Fui testigo de que el mandante firmó este documento, **O**
- El mandante me comunicó que la firma o marca en el espacio de firma del mandante es suya.

Yo no soy el agente ni el/los agente(s) sucesor(es) nombrado(s) en este documento. No estoy emparentado con el mandante, el agente ni con el/los agente(s) sucesor(es) por sangre, matrimonio u adopción. No soy el médico del mandante, ni su enfermero(a) de práctica avanzada, dentista, podólogo, optómetra, psicólogo ni pariente de ninguna de dichas personas. No soy el propietario ni el operador (o pariente de un propietario u operador) de un centro de atención médica en donde el mandante es paciente o residente.

Nombre del testigo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_