

**PODER MÉDICO Y DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA TOMAR DECISIONES  
SOBRE ATENCIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_ nombro a:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Como mi agente para que tome todas y cada una de las decisiones sobre atención médica por mi, a menos que yo diga lo contrario en este documento. Este poder médico entra en vigor si yo no tengo capacidad para tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica y mi doctor certifica este hecho por escrito.

LA AUTORIDAD DE MI AGENTE MÉDICO PARA TOMAR DECISIONES TENDRÁN LAS SIGUIENTES LIMITACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOMBAMIENTO DE UN AGENTE ALTERNO**

(Usted no tiene que nombrar a un agente alterno, pero si quiere 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 un cónyuge, el nombramiento se revoca automáticamente por le si su matrimonio se disuelve.)

Si la persona designada como mi agente no es capaz o no está dispuesta a tomar decisiones médicas por mi 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:

**A. Primer Agente Alterno**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**B. Segundo Agente Alterno**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

El original de este documento se mantendrá en:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

### DURACIÓN

Comprendo que este poder existirá indefinitivamente 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 se venza, la autoridad que 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 poder médico anterior.

### RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA DECLARACIÓN

Me dieron la declaración en la que se explica las consecuencias de este documento. He leído y entiendo la información de este documento.

(TIENE QUE ESCRIBIR LA FECHA Y FIRMAR ESTE PODER)

Firmo mi nombre en este poder médico el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, año) en

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y Estado)

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

\_\_\_\_\_  
(Nombre en Letra de Molde)

### DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

No soy la persona designada como agente por medio de este documento. No soy pariente del poderante ni por sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la sucesión del poderante después de su fallecimiento. No soy el médico tratante del poderante ni estoy empleado por el médico tratante. No tengo ningún derecho sobre ninguna porción de la sucesión del 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 del poderante y no soy funcionario, director, socio, ni empleado de la oficina del 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: \_\_\_\_\_