

Poder de representación para la atención médica Health Care Proxy

1. Yo, _____ domiciliado/a en _____
_____ designo a _____ domiciliado/a
en _____
teléfono (_____) _____ como mi **agente para la atención médica** con autoridad para tomar
decisiones concernientes a la atención médica en mi nombre.

(Opcional: Si esta persona no está disponible, no está dispuesta o está incapacitada para actuar, designo a _____
domiciliado/a en _____ teléfono (_____) _____
como mi **agente alterno**).

Tengo la intención de que esta autoridad entre en vigencia cuando mi médico tratante determine que yo no estoy
en capacidad de tomar o comunicar por mí mismo/a decisiones acerca de la atención médica.

Al ejercer esta autoridad, mi agente tomará decisiones de acuerdo con su evaluación de mis deseos. Si mi agente
no puede determinar mis deseos, entonces debe tomar una decisión basándose en lo que considere más conveniente
para mis intereses.

2. Marque una opción:

(a) **Deseo** incluir instrucciones específicas a seguir por mi agente y/o limitaciones en su autoridad.
(Por favor indique estas instrucciones y limitaciones abajo.)

(b) **No deseo** incluir instrucciones específicas a seguir por mi agente ni limitaciones en su autoridad.

3. Por medio de este documento revoco cualquier otro poder de representación para la atención médica o
“testamento en vida”. Toda copia de este poder de representación tendrá la misma validez que el documento
original.

4. Firma del principal _____ Fecha _____
(Signature of Principal)

Declaración del testigo

Nosotros, los suscritos testigos, somos mayores de dieciocho años de edad y no estamos designados como el agente
para la atención médica ni el agente alterno. A mi leal saber y entender, el agente principal nombrado anteriormente
tiene al menos dieciocho años de edad, está en pleno uso de sus facultades mentales y otorgó voluntariamente este
documento en nuestra presencia sin someterse a limitación ni influencia alguna.

Witness Statement

We the undersigned witnesses are eighteen years of age or older and neither of us is named as the health care agent
or alternate. To the best of our knowledge, the above named principal is at least eighteen years of age, of sound
mind, and willingly executed this document in our presence under no constraint or undue influence

Testigo #1

Nombre _____

Dirección _____

Fecha _____ Firmado _____

Testigo #2

Nombre _____

Dirección _____

Fecha _____ Firmado _____