

PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

DECISIÓN DE NOMBRAR A ALGUIEN QUE HABLE POR MI

Yo (escriba su nombre) _____ (Fecha de nacimiento) _____ designo y nombro a:

Representate: _____ para que sea mi representante en decisiones del cuidado de salud cuando yo no pueda tomar desiciones o comunicar mis deseos.

Dirección del Representante: _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____

Código postal _____ **Teléfono** _____

El representante no puede ser el proveedor de atención médica , un empleado del proveedor de atención médica , o un empleado, propietario, director o funcionario de una instalación, a menos que esa persona sea pariente o esté unida a usted por votos comunes a una vida religiosa.

Por favor imprimir

Primer representante alternativo

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono _____

Segundo representante alternativo

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono _____

Este poder de las decisiones de salud tomará efecto cuando no pueda tomar decisiones o no pueda comunicar mis deseos con respecto al cuidado de la salud. Este poder de las decisiones de cuidado de la salud no se verá afectado por mi posterior incapacidad o capacidad. Todo poder notarial duradero para las decisiones de salud que haya hecho anteriormente queda revocado.

AUTORIDAD CONCEDIDA

Mi representante de atención médica puede

1. Consentir, o retirar el consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental.
2. Hacer todos los arreglos para mí en cualquier hospital, centro de tratamiento, hospicio, hogar de ancianos o institución similar;
3. Emplear o despedir personal del cuidado de salud, incluyendo fisioterapeutas, psiquiatras, dentistas, enfermeras, terapeutas u otras personas que me proporcionen tratamiento; hospitalarios, y ejecutar cualquier liberación u otros documentos que puedan ser requeridos para obtener dicha información ; y
4. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, relacionada con mis asuntos personales o con la salud física o mental, incluyendo los registros médicos y
5. Tomar decisiones sobre las donaciones de órganos y tejidos, la autopsia y la disposición de mi cuerpo.

Mi representante autorizará el consentimiento para las siguientes instrucciones especiales:

- Deseo ser donante de órganos y tejidos.
- He adjuntado información sobre las opciones de tratamiento que deseo que sean honradas por mi representante. ___Página (s) adjuntas.

LIMITACIONES A LA AUTORIDAD CONCEDIDA

Mi representante de poder notarial no puede:

1. Superar los poderes establecidos por escrito en este documento; o
2. Revocar cualquier Declaración de un testamento de vida que pueda existir.

X _____
Firma _____ Fecha _____

Notario Público

Estado de _____ Condado de _____

Este document se reconoce ante mi el _____ día de _____ (mes y año)

Por _____ (Nombre de la persona afectada)

Firma del Notario _____ Mi puesto vence _____

O

Testigos:

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Notary Seal:

