



435 Fort Washington Avenue, Suite 1C, New York, NY, 10033
Tel: (212) 923-0408 - Fax: (646) 657-0037 or (212) 923-4032
www.josegoris.com

PODER PARA LA ATENCION MEDICA

1). Yo, _____ por la presente designo _____
Nombre: _____ *Domicilio :* _____
_____ *Tel/Cel Num:* _____

como mi agente de atención medica para tomar decisiones relacionadas con la atención medica en mi nombre, excepto si lo limito de otra manera. Este poder tendrá vigencia solo cuando y si no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones relacionadas con mis cuidados médicos.

2). Opcional: Agente suplente

Si la persona que designo no se encuentra disponible, no quiere hacerlo o no puede actuar como mi agente medica, por medio de la presente designo a _____

por la presente designo _____ *Nombre:* _____
Domicilio : _____
Tel/Cel Num: _____

como mi agente de atención medica para tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención medica en mi nombre, excepto si las limito de otra manera.

3). A menos que revoque este poder o que establezca una fecha de vencimiento o circunstancias en las cuales pueda vencer, el mismo tendrá vigencia indeterminada. (*Opcional: si quiere que venza este poder, determine la fecha y las condiciones aquí*). Este poder vencerá (*especifique la fecha o las condiciones*): _____

4). Opcional: Instruyo a mi agente de atención médica que tome decisiones relacionadas con mi salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él o ella sabe o como se indica debajo. (*Si usted quiere limitar la autoridad de su agente en la toma de decisiones o quiere darle instrucciones específicas, usted puede determinar sus deseos o limitaciones aquí*). Yo instruyo a mi agente de atención médica para que tome decisiones sobre mi salud de acuerdo con las siguientes instrucciones y/o limitaciones (*adjunte más páginas si es necesario*):

Para que su agente pueda tomar decisiones relacionadas con su atención medica en su nombre acerca de la nutrición e hidratación artificiales (*nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación o intravenosa*), su agente debe saber sus deseos. Usted puede decirle a su agente cuáles son sus deseos o puede incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones para la muestra de idiomas que puede utilizar si elige incluir sus deseos en este formulario, incluso sus deseos con relación a la nutrición e hidratación artificiales.

5). Su identificación (tenga la bondad de escribir con letra de imprenta)

Su Nombre: _____ Su Firma: _____
Su Dirección: _____
Fecha: _____

6). Opcional: Donación de órganos o tejidos o ambos

A continuación hago un obsequio anatómico que entrara en vigor en el momento de mi muerte, de: (marcar el cuadro pertinente)

- Órganos o tejidos o ambos que se necesita
- Los órganos o tejidos o ambos siguientes _____

Limitaciones _____

Si no indica sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos o ambos en este formulario, no se considerara que no desea hacer una donación o evitar que una persona, autorizada por la ley, de su consentimiento para la donación en su nombre.

Su firma _____ Fecha _____

7). Declaración de los testigos (Los testigos deben tener un mínimo de 18 años de edad y no pueden ser el tutor ni el tutor alterno para la atención medica). Declaro que conozco personalmente a la persona que me firma este documento y tengo la impresión de que es una persona de mente clara u actúa por voluntad propia. El o ella firmo (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Fecha _____ Fecha _____

Nombre del (de la) testigo 1 _____ Nombre del (de la) testigo 2 _____
(letra de imprenta) (letra de imprenta)

Firma _____ Firma _____

Dirección _____ Dirección _____

