



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 \_\_\_\_\_

