

## PODER LEGAL DURADERO PARA DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre (NAME) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DOB) \_\_\_\_\_

Dirección (ADDRESS) \_\_\_\_\_ # de tel \_\_\_\_\_

### 1. Nombramiento del agente y los alternos

Yo, el declarante, nombro a

Nombre del agente (*Name of agent*) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del agente (*Telephone number*) \_\_\_\_\_

Dirección del agente (*home address, opcional*) \_\_\_\_\_

Correo electrónico del agente (*email address, opcional*) \_\_\_\_\_

como mi agente para tomar y comunicar mis decisiones sobre la atención médica cuando yo no pueda porque carezco de capacidad de decisión para dar consentimiento informado o rechazar tratamiento médico. Esto le da poder a mi agente para dar consentimiento, rechazar o suspender cualquier atención médica. Mi agente también tiene autorización para comunicarse con el personal de cuidados de salud, obtener información y firmar los formularios necesarios para llevar a cabo esas decisiones.

Si la persona antes mencionada no está disponible o no puede continuar siendo mi agente, yo designo a la(s) persona(s) siguientes como agente(s) en el orden que sigue:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del agente alterno N° 1 (Name)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del agente alterno N° 2 (Name)**

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono del agente (Telephone number)*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono del agente (Telephone number)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección de domicilio del agente (opcional)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección de domicilio del agente (opcional)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección de correo electrónico del agente (opcional)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección de correo electrónico del agente (opcional)*

### 2. Instrucciones para el agente

Mi agente puede tomar decisiones médicas según las instrucciones que siguen o que yo, de alguna manera, le he dado a conocer. Si mi agente no sabe cuáles son mis deseos, él(ella) deberá actuar tomando en cuenta lo que sea mejor para mí. También solicito que mi agente, en lo que sea posible, me haga preguntas acerca de decisiones y haga un esfuerzo razonable para entenderme y determinar lo que prefiero.

*OPCIONAL: declare cualquier deseo relativo a procedimientos que sustenten la vida, tratamientos, cuidados y servicios en general, incluyendo cualquier necesidad especial o limitación:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mi firma indica que entiendo el propósito y el motivo de este documento. **Al firmar este documento, revoco y cancelo cualquier y todo poder legal duradero para decisiones sobre la atención médica que yo haya establecido anteriormente**

\_\_\_\_\_  
*Firma del declarante (Signature of declarant)*      *Fecha (Date)*

**PODER LEGAL DURADERO PARA DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre (NAME) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DOB) \_\_\_\_\_

Dirección (ADDRESS) \_\_\_\_\_ # de tel \_\_\_\_\_

**3. Firma de los testigos y el notario (opcional)**

Las leyes de Colorado no requieren la firma de dos testigos y un notario para la ejecución adecuada de un MDPOA; sin embargo, esto podría hacer el documento más aceptable en otros estados.

Este documento ha sido firmado por:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del declarante en letra de molde)

en nuestra presencia y nosotros, estando presentes y a petición del declarante, firmamos como testigos. Nosotros tenemos, como mínimo, 18 años de edad.

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo (Signature of Witness )*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo (Signature of Witness )*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de molde (Printed Name)*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de molde (Printed Name)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección (Address)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección (Address)*

**Notario (opcional)**

State of \_\_\_\_\_ County of \_\_\_\_\_

SUBSCRIBED and sworn to before me by \_\_\_\_\_, the Declarant and witnesses as the voluntary act and deed of the Declarant

on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Notary Public \_\_\_\_\_

My commission expires: \_\_\_\_\_