

## Poder Notarial Médico Duradero Para Decisiones De Atención Médica

Yo, \_\_\_\_\_, Declarante, por la presente designa: \_\_\_\_\_  
 IMPRIMA O ESCRIBA SU NOMBRE NOMBRE DEL AGENTE

TEL. DE CASA DEL AGENTE# TEL. DEL TRABAJO # DIRECCIÓN DE CASA DEL AGENTE

como mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí si y cuando no pueda tomar mis propias decisiones de atención médica. Esto le da a mi agente el poder de dar su consentimiento, rechazar o suspender cualquier atención médica, tratamiento, servicio o procedimiento de diagnóstico. Mi agente también tiene la autoridad para hablar con el personal de atención médica, obtener información y firmar los formularios necesarios para llevar a cabo esas decisiones.

Si la persona nombrada como mi agente no está disponible o no puede actuar como mi agente, entonces designo a las siguientes personas para que actúen en el orden que se indica a continuación:

2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL AGENTE NOMBRE DEL AGENTE

TEL. DE CASA DEL AGENTE# TEL. DEL TRABAJO # TEL. DE CASA DEL AGENTE# TEL. DEL TRABAJO #

Mediante este documento tengo la intención de crear un poder notarial médico duradero que entrará en vigencia a partir de mi incapacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica y continuará durante esa incapacidad.

Mi agente tomará las decisiones de atención médica que yo le indique a continuación o que le dé a conocer de alguna otra manera. Si no he expresado mi elección sobre la atención médica en cuestión, mi agente basará su decisión en lo que crea que es lo mejor para mí.

a. Declaración de deseos con respecto a la atención medica, el tratamiento, los servicios y los procedimientos para prolongar la vida

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b. Disposiciones y limitaciones especiales:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AL FIRMAR AQUÍ, INDICO QUE ENTIENDO EL PROPÓSITO Y EFECTO DE ESTE DOCUMENTO:**

FIRMA DE LA PERSONA QUE CREA EL PODER MÉDICO DURADERO (DECLARANTE) FECHA

**OPCIONAL PERO RECOMENDADO**

Sin embargo, la ley de Colorado no requiere que este instrumento sea testigo; se recomienda obtener la firma de dos testigos o un notario. Esto no es un requisito de la ley de Colorado, pero puede hacer que este documento sea más aceptable en otros estados.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE CASA

\_\_\_\_\_  
 DIRECCION DE CASA

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 FECHA

*Consulte el reverso de este formulario para obtener información importante sobre el poder notarial médico duradero para decisiones de atención médica. Una vez completado, ponga una copia en la historia clínica del paciente y entregue el documento original al paciente.*



## **Información importante**

### **Con respecto a este formulario de poder notarial médico duradero para decisiones de atención médica**

**Antes de firmar este documento legal, es muy importante que conozca y comprenda estos hechos:**

- Este documento le da a la persona que usted nombra como su agente el poder de tomar decisiones de atención médica si usted no puede hacerlo. (Estas decisiones y poderes no se limitan a condiciones terminales y decisiones de soporte vital).
- Después de haber firmado este documento, todavía tiene derecho a tomar decisiones de atención médica por sí mismo si puede hacerlo.
- Puede indicar en este documento cualquier tipo de tratamiento que quiera recibir o quiera evitar. Si desea que su agente tome decisiones sobre el tratamiento de soporte vital, es mejor indicarlo en su poder notarial médico duradero.
- Tiene derecho a quitarle la autoridad a su agente a menos que un tribunal determine que usted es incompetente. Si retira (revoca) la autoridad de su agente, se recomienda que lo haga por escrito y entregue copias a todos aquellos que recibieron el documento original.
- No debe firmar este documento a menos que lo comprenda. Quizás desee hablar con otras personas o con un abogado.
- Se puede utilizar el formulario de poder notarial médico duradero que se encuentra en el reverso de este documento; sin embargo, es posible que no satisfaga sus necesidades individuales. Otros formularios de poder notarial médico duradero son aceptables de acuerdo con la ley de Colorado. Asegúrese de que el formulario que firme satisfaga sus necesidades.
- Este formulario de poder notarial médico duradero cumple con la ley de Colorado; sin embargo, los requisitos de testigos, notarios y otros pueden variar de un estado a otro. Si debe mudarse a otro estado, asegúrese de verificar los requisitos de ese estado.
- Cualquier poder notarial médico duradero que elija utilizar debe contener:
  - El nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que elija como su agente y su segunda elección de agente para actuar si su primer agente no puede actuar en su nombre.
  - Cualquier instrucción sobre el tratamiento que desea o no desea recibir, como cirugía, quimioterapia o tratamiento de soporte vital, como alimentación artificial, diálisis renal o soporte respiratorio, etc.