

Poder de Representación Médica

DESIGNACIÓN DE UN APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____ (dique su nombre) designo a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

como mi apoderado para tomar todas las decisiones sobre atención médica en mi nombre, con las restricciones que especifico en el presente documento. El presente Poder de Representación Médica tendrá vigencia en el caso de que no sea capaz de tomar decisiones sobre mi atención médica. No obstante, dicha incapacidad debe estar certificada por escrito por mi médico.

LAS RESTRICCIONES A LA FACULTAD DE MI APODERADO PARA TOMAR DECISIONES SON LAS SIGUIENTES:

DESIGNACIÓN DE UN APODERADO SUSTITUTO

(No es necesario que designe a un apoderado sustituto, pero puede hacerlo. Un apoderado sustituto puede tomar las mismas decisiones acerca de su atención médica que un apoderado designado en caso de que este se encuentre incapacitado para desempeñarse como su apoderado o no esté dispuesto a hacerlo. Si el apoderado designado es su cónyuge, la designación queda automáticamente sin efecto en virtud de la ley en caso de que se disuelva el matrimonio).

Si la persona designada como mi apoderado se encuentra incapacitada para tomar decisiones sobre mi atención médica en mi nombre o no está dispuesta a hacerlo, designo a las siguientes personas para que actúen como mi apoderado a fin de tomar decisiones sobre mi atención médica de conformidad con el presente documento; dichas personas se desempeñarán de acuerdo con el siguiente orden:

A. Primer apoderado sustituto

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

B. Segundo apoderado sustituto

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

El documento original de este texto se conservará en: _____

Las siguientes personas o instituciones han firmado copias:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

VIGENCIA

Comprendo que el presente Poder de Representación tendrá vigencia en forma indefinida a partir de la fecha en la que se formaliza este documento, a menos que yo especifique un plazo menor o que revoque el poder de representación. Si, al momento de la extinción de este Poder de Representación, estoy incapacitado para tomar decisiones sobre mi atención médica, la facultad que le he otorgado a mi apoderado continuará vigente hasta que pueda tomar decisiones sobre mi atención médica por mí mismo.

(Si corresponde) El presente Poder de Representación se extingue en la siguiente fecha: _____

REVOCACIÓN DE DESIGNACIONES PREVIAS

Revoco todos los Poderes de Representación Médica previos.

ACUSE DE RECIBO DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Se me ha proporcionado una declaración de información en la que se me explican los efectos de este documento. He leído y comprendo la información incluida en la declaración de información.

(DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER DE REPRESENTACIÓN.)

Firmo el presente Poder de Representación Médica el _____ (día) del (mes) de _____ del (año) _____ en

(Ciudad y Estado)

(Firma)

(Nombre, en letra de imprenta)

DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

No soy la persona designada como apoderado en este documento. No soy familiar directo, cónyuge ni familiar político del poderdante. No tendré derecho a obtener parte alguna del patrimonio del poderdante cuando este fallezca. No soy el médico que atiende al poderdante ni un empleado de su médico. No tengo derecho a reclamar parte alguna del patrimonio del poderdante cuando este fallezca. Asimismo, en caso de que sea empleado de un centro de atención médica donde el poderdante sea paciente, no estoy involucrado en la atención directa al paciente brindada al poderdante y no soy ejecutivo, director, socio ni empleado de una oficina comercial del centro de atención médica ni de alguna organización matriz del centro de atención médica.

Firma: _____

Nombre, en letra de imprenta: _____ Date: _____

Dirección: _____

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Firma: _____

Nombre, en letra de imprenta: _____ Date: _____

Dirección: _____