

INSTRUCCIONES

PODER PARA CASOS DE TRATAMIENTO MÉDICO DE NUEVA YORK

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

NOMBRE, DIRECCIÓN DEL HOGAR Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE EN LETRA DE MOLDE

AÑADA INSTRUCCIONES PERSONALES (SI ALGUNA)

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE SUSTITUTO

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

© 2000
PARTNERSHIP FOR CARING, INC.

(1) Yo, _____, por ésta nombro a:

(nombre, dirección del hogar y número de teléfono del agente)

Como mi agente de tratamiento médico para que tome cualquiera y todas las decisiones de tratamiento médico por mí, excepto en la medida que yo estipule lo contrario. **Mi agente conoce mis deseos respecto a la administración artificial de líquidos y nutrición.**

Este Poder para Casos de Tratamiento Médico entrará en vigor en el caso que yo no pueda tomar mis propias decisiones de tratamiento médico.

(2) Instrucciones opcionales: Yo instruyo a mi agente para tomar decisiones sobre el tratamiento médico de acuerdo a mis deseos y limitaciones indicadas abajo o como él o ella tenga conocimiento diferente.

(3) Nombre del sustituto o agente que sustituirá en el caso que la persona que nombré arriba no pueda, no quiera o no esté disponible para actuar como mi agente de tratamiento médico.

(nombre, dirección del hogar y número de teléfono del agente sustituto)

(4) Donación de Órganos al _____ Cuando muera:
Morir:

Yo **no** deseo donar mis órganos, tejidos o partes.

Yo **deseo** ser donante de órganos y cuando muera deseo donar:

**DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)
CONTINUACIÓN**

- (a) Cualquier órgano, tejido o parte que se necesite; **O**
 (b) Los siguientes órganos, tejido o partes

- (c) Mi donación es para los siguientes propósitos:
(ponga una línea encima de cualquiera de las que usted no quiera)
- (i) Trasplante
 - (ii) Terapia
 - (iii) Investigación
 - (iv) Educación

**INDIQUE TÉRMINO
DE
DURACIÓN O UNA
CONDICIÓN
(SI ALGUNA)**

- (5) A menos que lo revoque, este poder seguirá vigente indefinidamente, o hasta la fecha o condición que he indicado abajo. Este poder expirará (especifique la fecha o condición, si lo desea):

**FIRME Y FECHE EL
DOCUMENTO
Y ESCRIBA SU
DIRECCIÓN EN
LETRA DE MOLDE**

- (6) Firma _____ Fecha _____
Dirección _____

**PROCEDIMIENTO
PARA ATESTIGUAR**

Declaración atestiguada por (debe tener 18 años de edad o más)

Declaro que la persona que firmó este documento pareció ejecutar el poder voluntariamente y libre de coacción. Él o ella firmó (o pidió a alguien que firmara por él o ella) este documento en mi presencia. No soy la persona nombrada en el poder como apoderado por este documento.

Testigo 1 _____

Dirección _____

Testigo 2 _____

Dirección _____

**SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR Y
ESCRIBIR SUS
DIRECCIONES EN
LETRA DE MOLDE**

© 2000

**PARTNERSHIP FOR
CARING, INC.**