



Poder legal duradero para decisiones sobre la atención médica

Medical Durable Power of Attorney for Health Care Decisions (MDPOA)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

1. Nombramiento del agente y los alternos

Yo, el declarante, nombro a

Nombre del agente _____

Número de teléfono del agente _____

Dirección del agente (opcional) _____

Correo electrónico del agente (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 alternativo N° 1

Nombre del agente alternativo N° 2

Número de teléfono del agente

Número de teléfono del agente

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

Fecha



Medical Durable Power of Attorney for Health Care Decisions (MDPOA)

Name _____ Date of birth _____

Address _____ Phone _____

1. Appointment of Agent and Alternates

I, as the Declarant, now appoint

Name of Agent _____

Agent's telephone number _____

Agent's home address (optional) _____

Agent's email address (optional) _____

as my Agent to make and communicate my health care decisions when I cannot because I lack decisional capacity to provide informed consent or refusal of medical treatment. This gives my Agent the power to consent to, refuse, or stop any health care, treatment, service or procedure. My agent also has the authority to communicate with health care personnel, get information, and sign forms as necessary to carry out those decisions.

If the person named above is not available or is unable to continue as my Agent, then I appoint the following person(s) to serve in the order below:

Name of Alternate Agent #1

Agent's telephone number _____

Agent's home address (optional) _____

Agent's email address (optional) _____

Name of Alternate Agent #2

Agent's telephone number _____

Agent's home address (optional) _____

Agent's email address (optional) _____

2. Instructions to Agent

My Agent can make health care decisions as I direct below or as I make known to him or her in some other way. If my Agent does not know my wishes, he or she is directed to act with my best interests in mind. I also ask that my Agent, as much as possible, ask me about decisions and make reasonable effort to understand me and find out what I prefer.

OPTIONAL: State any wishes for life-sustaining procedures, treatment, general care and services, including any

special needs or limitations: _____

My signature below shows that I understand the purpose and reason for this document. **By signing this document, I revoke and cancel any and all prior Medical Durable Powers of Attorney that I may have previously created:**

Signature of Declarant

Date



Poder legal duradero para decisiones sobre la atención médica

Medical Durable Power of Attorney for Health Care Decisions (MDPOA)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

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

Firma del testigo

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Dirección

Dirección

Notary (Optional)

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: _____

Medical Durable Power of Attorney for Health Care Decisions (MDPOA)

Name _____ Date of birth _____

Address _____ Phone _____

3. Signature of Witnesses and Notary (OPTIONAL)

The signature of two witnesses and a notary are not required by Colorado law for proper execution of a MDPOA; however, it may make the document more acceptable in other states.

This document has been signed by:

Printed name of declarant

in our presence, and we, in the presence of each other at the Declarants request, have signed our names as witnesses. We are at least 18 years old.

Signature of witness

Signature of witness

Printed name of witness

Printed name of witness

Address

Address

Notary (Optional)

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: _____