

# PODER MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_, número de seguro social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, de dieciocho años de edad o mayor, nombro como mi agente:

Nombre del agente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono en casa: \_\_\_\_\_  
 Teléfono en el empleo: \_\_\_\_\_

Mi agente tendrá derecho a recibir información del personal de cuidado de la salud y a tomar cada decisión que yo podría tomar con respecto a mi tratamiento médico durante cualquier período en que yo no esté competente para formular o comunicar eficazmente mi consentimiento informado para recibir or rechazar dicho tratamiento.

Si la persona nombrada arriba como mi agente no está libre o no puede actuar como mi agente, nombro a la(s) persona(s) siguiente(s) para actuar en esa capacidad en el orden listado abajo (es deseable nombrar a uno o más agentes alternativos, pero no se requiere):

Agente Alternativo Uno: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono en casa: _____ Teléfono en el empleo: _____	Agente Alternativo Dos: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono en casa: _____ Teléfono en el empleo: _____
---	---

Este poder entrará en vigor en cada y todo evento de mi incapacidad para formular o comunicar eficazmente mi consentimiento informado para recibir o rechazar tratamiento médico y continuará por la duración de cada caso de tal evento.

Fechado el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma

\*\*\*\*\*

Los siguientes no son obligatorios pero se recomiendan:

Agente: \_\_\_\_\_  
 Firma

ESTADO DE COLORADO )  
 ) ss  
 CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

Suscrito, jurado y reconocido ante mí por \_\_\_\_\_,  
 el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

Doy fe con mi firma y sello oficial  
 Mi comisión vence \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Notario Público



*NÓTESE: Las leyes estatales varían y este formulario tal vez no se acepte en estados fuera de Colorado. 5656040 medical power of attorney 01/2004*