

# PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA

## Formulario Legal Completo

### 1. Poder notarial de atención médica

Yo, \_\_\_\_\_, como poderdante nombro a \_\_\_\_\_ como mi apoderado para todos los asuntos relacionados con mi atención médica, incluyendo, sin restricciones, el poder completo de autorizar o rechazar atención médica, quirúrgica y hospitalaria y cualquier otro tratamiento médico relacionado. Este poder entra en vigor en el momento en que yo esté incapacitado para tomar o comunicar mis decisiones en relación a mi atención médica. Todas las acciones que realice mi apoderado bajo este poder, durante cualquier período de tiempo que yo no pueda tomar ni comunicar decisiones en relación a mi atención médica o si existiera duda si estoy muerto o vivo, tienen el mismo efecto en mis herederos, beneficiarios y representantes personales como si estuviera vivo, en pleno uso de mis facultades mentales y actuando por mí mismo.

Si mi apoderado no está dispuesto o no puede continuar actuando como tal, por la presente nombro a \_\_\_\_\_ como mi apoderado.

Yo, tengo y he adjuntado \_\_\_\_\_ Yo, no tengo y no he adjuntado \_\_\_\_\_ un testamento vital con el propósito de dar instrucciones específicas a mi apoderado para situaciones que se pudieran presentar durante cualquier período tiempo en el cual yo no pueda tomar ni comunicar mis decisiones en relación a mi atención médica o después de mi muerte. Mi apoderado tiene instrucciones de ejecutar las declaraciones que he firmado con mis iniciales en mi testamento vital.

Yo, he llenado \_\_\_\_\_ Yo, no he llenado \_\_\_\_\_ un documento de instrucciones médicas anticipadas pre-hospitalarias de acuerdo con la Sección 36-3251 de los Estatutos Modificados de Arizona.

Este poder notarial de atención médica se hace bajo la Sección 36-3221 de los Estatutos Modificados de Arizona, y continúa en vigor para todos que puedan depender de este, excepto a quienes he notificado de su revocación.

### 2. Autopsia (De acuerdo a la ley de Arizona puede ser que se exija una autopsia)

**Si lo desea, indique su voluntad a continuación:**

- \_\_\_\_\_ 1. **No** autorizo que se me practique una autopsia.
- \_\_\_\_\_ 2. **Sí autorizo** que se me practique una autopsia.
- \_\_\_\_\_ 3. Mi apoderado **puede** autorizar o **rechazar** que se me practique una autopsia.

### 3. Donación de órganos (Opcional)

(De acuerdo a la ley de Arizona, usted puede donar su cuerpo o parte de su cuerpo a un banco o depósito, o a un hospital, a un médico o a una escuela de medicina o de odontología, para trasplantes, terapia, evaluación o investigación médica y dental o para el avance de la ciencia médica o dental. También puede autorizar a su apoderado a hacer la donación, o un miembro de su familia puede hacer una donación a menos que usted les informe que no desea que lo hagan. A continuación usted puede estipular si desea hacer o no hacer una donación. Si no llena esta sección su apoderado tiene la autoridad para donar todo o parte de su cuerpo de acuerdo a la ley).

Si alguna de las siguientes declaraciones indica su voluntad, escriba sus iniciales en la línea al lado de esa declaración. **Usted no tiene que escribir sus iniciales en ninguna de estas declaraciones si no lo desea.**

Si usted no marca ninguna de las declaraciones siguientes, su apoderado y su familia tendrán la autoridad de donar todo o parte de su cuerpo de acuerdo a la ley de Arizona.

\_\_\_\_\_ Yo, no deseo donar órganos o tejidos y no deseo que mi apoderado o mi familia lo haga.

\_\_\_\_\_ Yo, he firmado un acuerdo por escrito o tengo una tarjeta de donante para donar mis órganos o tejidos a la persona o institución siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ En cumplimiento con la ley de Arizona, por la presente hago la donación de lo siguiente después de mi muerte:

- Cualquier órgano o partes que se necesiten.
- Los órganos o partes enumerados a continuación:

\_\_\_\_\_

Para (marque uno):

- Cualquier finalidad autorizada legalmente.
- Únicamente para trasplantes o tratamiento

### 4. Declaración jurada del médico (Opcional)

(Antes de escribir sus iniciales junto a cualquiera de las opciones que se le dan anteriormente, puede ser que quiera hacer algunas preguntas a su médico acerca de tratamientos alternos. Si habla con su médico, es recomendable que le pida a su médico que llene esta declaración jurada y que usted conserve una copia en sus archivos).

Yo, el Dr. \_\_\_\_\_, he revisado este poder notarial y he hablado con \_\_\_\_\_ acerca de cualquier pregunta respecto a las posibles consecuencias médicas de las opciones provistas anteriormente. Esta plática con el poderdante se llevó a cabo el \_\_\_\_\_ (Fecha).

Estoy de acuerdo en cumplir con las disposiciones de este poder notarial.

Firma del médico: \_\_\_\_\_

## Verificación

*Yo, declaro que:* (1) Estuve presente cuando este poder notarial de atención médica fue fechado y firmado o marcado o (2) que la persona que hizo este poder notarial de atención médica me indicó directamente que el poder notarial expresa sus deseos y que la persona se propuso adoptarlo en ese momento.

*Certifico que:* no he sido nombrado para tomar decisiones médicas a nombre de la persona que firma este poder notarial de atención médica y que no estoy directamente involucrado en proporcionar atención médica a esta persona. Certifico que no tengo parentesco alguno con esta persona por consanguinidad, por matrimonio o adopción; y no tengo derecho a ninguna parte de la herencia de esta persona.

Firma o marca del poderdante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Dirección del apoderado: \_\_\_\_\_ Teléfono del apoderado: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

*(NOTA: Este documento puede ser notariado en vez de usar testigos.)*