

Patient Label



**Poder Notarial Médico**

**A. DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DE CUIDADO MÉDICO:**

Yo, \_\_\_\_\_, designo a \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Nombre del representante designado)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

como mi representante para tomar todas y cada una de las decisiones de cuidado de la salud en mi nombre, excepto en la medida en que estipule otra cosa en este documento. Este poder notarial médico cobra vigencia a partir del momento en que yo sea incapaz de tomar mis propias decisiones de cuidado médico, y que ese hecho sea certificado por escrito por mi médico.

**LAS LIMITACIONES DE LA AUTORIDAD DE MI REPRESENTANTE PARA TOMAR DECISIONES SON LAS SIGUIENTES:** \_\_\_\_\_.

**B. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES ALTERNATIVOS:**

(Usted no está obligado a designar a un representante alternativo, pero puede hacerlo. El representante alternativo puede tomar las mismas decisiones de cuidado médico que el representante designado en caso de que el representante designado no pueda o no quiera actuar como su representante. En caso de que el representante designado sea su cónyuge, la designación será automáticamente revocada por ley si el matrimonio es disuelto, anulado o declarado nulo, a menos que este documento disponga de otro modo).

Si la persona designada como mi representante no puede o no quiere tomar decisiones de cuidado médico en mi nombre, designo a las siguientes personas para que actúen como mis representantes para tomar decisiones de cuidado médico en mi nombre, según lo autorizado por este documento, y que actuarán en el siguiente orden:

**Primer representante alternativo**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Segundo representante alternativo**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

El original de este documento se conserva en: \_\_\_\_\_

Las siguientes personas e instituciones conservan copias firmadas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**C. DURACIÓN:** Entiendo que este poder notarial existe indefinidamente a partir de la fecha en que firmo este documento, a menos que yo mismo establezca un período más corto o que revoque este



Patient Label



## Poder Notarial Médico

poder. Si soy incapaz de tomar decisiones de cuidado médico por mí mismo cuando caduque este poder notarial, la autoridad que he otorgado a mi representante continúa existiendo hasta el momento en que yo vuelva a ser capaz de tomar decisiones de cuidado médico por mí mismo.

(SI CORRESPONDE) Este poder caduca en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

REVOCACIÓN DE DESIGNACIONES ANTERIORES. Revoco cualquier poder notarial médico anterior.

### D. DECLARACIÓN INFORMATIVA:

**ESTE PODER NOTARIAL MÉDICO ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, USTED DEBE CONOCER ESTOS IMPORTANTES DATOS:**

Excepto en la medida en que se indique otra cosa, este documento otorga a la persona a quien usted nombra como su representante la autoridad para tomar todas y cada una de las decisiones de cuidado de la salud de conformidad con sus deseos, incluidas sus creencias religiosas y morales, cuando usted no sea capaz de tomarlas por sí mismo. Debido a que "cuidado de la salud" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su condición física o mental, su representante tiene el poder para tomar una amplia variedad de decisiones de cuidado de la salud en su nombre. Su representante puede otorgar, negar o retirar su consentimiento para el tratamiento médico y puede tomar decisiones respecto a retirar o no aplicar el tratamiento de soporte vital. Su representante no puede otorgar su consentimiento para servicios de salud mental como paciente internado voluntariamente, tratamiento convulsivo, psicocirugía o abortos. Un médico debe cumplir las instrucciones de su representante o permitir su derivación a otro médico.

La autoridad de su representante comienza a regir cuando el médico certifica que usted carece de competencia para tomar decisiones de cuidado de la salud.

El representante está obligado a seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted indique otra cosa, el representante tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud que usted tendría si fuese capaz de tomar esas decisiones por sí mismo.

Antes de firmar el documento, es importante que discuta su contenido con su médico u otro proveedor de cuidado de la salud a fin de comprender la naturaleza y el alcance de las decisiones que pueden tomarse en su nombre. Si usted no tiene un médico, debe hablar con una persona que esté bien informada sobre estos temas y pueda responder sus preguntas. Usted no necesita la ayuda de un abogado para completar este documento; sin embargo, si hay alguna parte de este documento que usted no entiende, debe pedirle a un abogado que se la explique.

La persona que usted designe como representante debe ser alguien que usted conozca y en quien confíe. Esa persona debe tener 18 años de edad o más, o debe ser un menor de 18 años que esté exento de las limitaciones de la minoría de edad. Si usted designa a su proveedor de cuidado de la salud o de cuidado residencial (por ejemplo, su médico o un empleado de una agencia de salud en el hogar,

hospital, centro de enfermería o establecimiento de cuidado residencial, que no sea un familiar), dicha persona tiene que elegir entre actuar como su representante o como su proveedor de cuidado de la salud o de cuidado residencial; la ley no permite a una persona desempeñar ambas funciones al mismo tiempo.

Usted debe informar a la persona designada que desea que sea su representante de cuidado de la salud. Usted debe discutir este documento con su representante y su médico y entregar a cada uno de ellos una copia firmada. También debe indicar en el mismo documento a qué personas e instituciones usted tiene la intención de entregar copias firmadas del documento. Su representante no es responsable de las decisiones de cuidado de la salud tomadas en su nombre de buena fe.

Una vez que haya firmado este documento, usted tiene derecho a tomar decisiones de cuidado de la salud por usted mismo siempre y cuando pueda hacerlo, y el tratamiento no puede serle administrado o interrumpido si usted se opone. Usted tiene derecho a revocar la autoridad otorgada a su representante informando a su representante o a su proveedor de cuidado de la salud o de cuidado residencial verbalmente o por escrito o firmando un poder notarial médico posterior. A menos que usted indique otra cosa en este documento, la designación de su cónyuge será revocada en caso de que su matrimonio sea disuelto, anulado o declarado nulo.

Este documento no puede ser cambiado ni modificado. Si usted desea hacer cambios en este documento, debe firmar un nuevo poder notarial médico.

Tal vez usted desee designar un representante alternativo en caso de que su representante no quiera, no pueda o no sea elegible para actuar como representante. Si usted designa a un representante alternativo, el representante alternativo tendrá la misma autoridad que el representante para tomar decisiones de cuidado de la salud en su nombre.

**ESTE PODER NOTARIAL NO ES VÁLIDO A MENOS QUE:**

- (1) USTED LO FIRME Y QUE SU FIRMA SEA CERTIFICADA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO; O BIEN**
- (2) USTED LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES.**

**LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO UNO DE LOS TESTIGOS:**

- (1) la persona que usted ha designado como su representante;
- (2) una persona emparentada con usted por consanguinidad o matrimonio;
- (3) una persona con derecho a cualquier parte de su patrimonio después de su muerte en virtud de un testamento o codicilo firmado por usted o por aplicación de la ley;
- (4) su médico tratante;
- (5) un empleado de su médico tratante;
- (6) un empleado de un centro de cuidado de la salud en el que usted es paciente si el empleado le brinda atención directa al paciente o es funcionario, director, socio o empleado de la oficina administrativa del centro de cuidado de la salud o de cualquier organización matriz del centro; o

Patient Label



**Poder Notarial Médico**

(7) una persona que, en el momento de la firma de este poder notarial médico, tiene algún reclamo contra cualquier parte de su patrimonio después de su muerte.

**E. ACUSE DE RECIBO DE LA DECLARACIÓN INFORMATIVA** Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido la información contenida en la declaración informativa.

**F. FIRMA:** (USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER NOTARIAL. PUEDE FIRMARLO Y HACER QUE SU FIRMA SEA CERTIFICADA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO O BIEN PUEDE FIRMARLO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES).

**SI EL PACIENTE PREFERE FIRMAR EL PODER NOTARIAL MÉDICO ANTE UN NOTARIO, POR FAVOR INDÍQUELE QUE FIRME A CONTINUACIÓN:**

Firmo este poder notarial médico el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, en: (Ciudad) \_\_\_\_\_, (Estado) \_\_\_\_\_.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

ESTADO DE TEXAS §

CONDADO DE BEXAR §

Este PODER NOTARIAL MÉDICO fue certificado ante mí el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, en:

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PÚBLICO  
PARA EL ESTADO DE TEXAS  
Mi comisión caduca el \_\_\_\_\_

Patient Label



**Poder Notarial Médico**

**SI EL PACIENTE PREFERE FIRMAR EL PODER NOTARIAL MÉDICO ANTE DOS ADULTOS COMPETENTES EN VEZ DE HACERLO ANTE UN NOTARIO, POR FAVOR INDÍQUELE QUE FIRME A CONTINUACIÓN:**

Firmo este poder notarial médico el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, en: (Ciudad) \_\_\_\_\_, (Estado) \_\_\_\_\_.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PRIMEROS TESTIGOS:** No soy la persona designada como representante en este documento. No estoy emparentado con el otorgante ni por consanguinidad ni por matrimonio. No tendría derecho a ninguna porción del patrimonio del otorgante después de su muerte. No soy el médico tratante del otorgante ni un empleado del médico tratante. No tengo ningún reclamo contra ninguna porción del patrimonio del otorgante después de su muerte. Asimismo, en caso de ser empleado de un centro de cuidado de la salud en el que el otorgante es paciente, no participo en brindar atención directa al otorgante y no soy funcionario, director, socio o empleado de la oficina administrativa del centro de cuidado de la salud o de cualquier organización matriz del centro.

**Primer testigo:**

**Segundo testigo:**

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

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_