

### Poder para atención médica

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome decisiones sobre su atención médica. Este formulario le permite hacer una o ambas cosas. Si utiliza este formulario, puede llenarlo o modificarlo en su totalidad o en parte. Usted es libre de utilizar un formulario diferente.

Este formulario es un poder para atención médica que le permite nombrar a otra persona como agente para que tome decisiones de atención médica en su nombre si usted fuera incapaz de tomar decisiones o si quisiera que otra persona tome esas decisiones por usted ahora aunque todavía sea capaz. También puede nombrar a un agente alternativo para que actúe en su nombre si su primera opción no quiere, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. A menos que esté relacionado con usted, su agente no puede ser propietario, operador o empleado de una institución residencial de atención médica de largo plazo en la que usted esté recibiendo atención.

A menos que el formulario que usted firme limite la autoridad de su agente, este podrá tomar todas las decisiones de atención médica por usted. Este formulario tiene un lugar para que usted limite la autoridad de su agente. No es necesario que limite la autoridad de su agente si desea confiarle a su agente todas las decisiones de atención médica que deban tomarse. Si decide no limitar la autoridad de su agente, éste tendrá derecho a:

1. Dar o rechazar el consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de alguna manera a una condición física o mental;
2. Seleccionar o dar de alta a los proveedores y centros de atención médica; y
3. Firmar un consentimiento de no reanimación.

Este formulario no autoriza al agente a tomar ninguna decisión que dirija la retención o el retiro de tratamientos de soporte vital, nutrición o hidratación, que sólo puede autorizarse en cumplimiento de la Oklahoma Advance Directive Act (ley de directivas anticipadas de Oklahoma), excepto que este formulario puede autorizar al agente a firmar un consentimiento de no reanimación.

Después de llenar este formulario, firme y feche el formulario al final. Es necesario que otras dos personas firmen como testigos. Estos testigos deben tener al menos 18 años y no ser parientes ni herederos suyos. Entregue una copia del formulario firmado y llenado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que tenga, a cualquier centro de atención médica en el que esté recibiendo atención y a cualquier agente de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que ha nombrado como agente para asegurarse de que entiende sus deseos y está dispuesta a asumir la responsabilidad. Usted tiene derecho a revocar este poder para la atención médica o a sustituir este formulario en cualquier momento.

#### PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA

1. DESIGNACIÓN DE AGENTE Designo a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre:

Nombre de la persona que eligió como agente

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Teléfono de trabajo

**OPCIONAL:** Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no quiere, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, designo como mi primer agente alternativo a:

Nombre de la persona que eligió como primer agente alternativo

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Teléfono de trabajo

**OPCIONAL:** Si revoco la autoridad de mi agente y de mi primer agente alternativo o si ninguno quiere, puede o está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, designo como mi segundo agente alternativo a:

Nombre de la persona que eligió como segundo agente alternativo

Dirección Ciudad Estado Código postal

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:



Teléfono de casa

Teléfono de trabajo

2. **AUTORIDAD DEL AGENTE** Mi agente está autorizado a tomar todas las decisiones relativas a la atención médica (sin incluir la retención o el retiro de tratamientos de soporte vital, la nutrición o la hidratación, aparte de firmar un consentimiento de no reanimación) en mi nombre que yo podría tomar si fuera capaz, excepto en lo que aquí expongo:

Agregue hojas adicionales si es necesario

3. **CUANDO LA AUTORIDAD DEL AGENTE ENTRA EN VIGOR:** La autoridad de mi agente entra en vigor cuando el médico que me atiende determina que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que marque la siguiente casilla , la autoridad de mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entra en vigor inmediatamente.

(Iniciales)

4. **OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi agente tomará las decisiones de atención médica por mí de acuerdo con este poder para la atención médica y mis otros deseos en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que no se conozcan mis deseos, mi agente tomará las decisiones de atención médica por mí de acuerdo con lo que mi agente determine que es lo mejor para mí. Para determinar lo que es mejor para mí, mi agente considerará las decisiones que yo mismo habría tomado en la medida en que las conozca.

(Iniciales)

5. **ALIVIO DEL DOLOR:** A excepción de lo que indico en el siguiente espacio, ordeno que se me proporcione en todo momento tratamiento para aliviar el dolor o las molestias, incluso si esto acelera mi muerte:

6. **OTROS DESEOS:** (Si no está de acuerdo con alguna de las opciones de arriba y desea escribir las suyas propias, o si desea agregar algo a las instrucciones que ha dado arriba, puede hacerlo aquí). Ordeno que:

Agregue hojas adicionales si es necesario

7. **EFFECTO DE LA COPIA:** Una copia de este formulario tiene los mismos efectos que el original.

8. **FIRMAS:** Firme y feche el formulario aquí:

Firme su nombre

Fecha

Hora

Escriba su nombre en letra de molde

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

**FIRMAS DE LOS TESTIGOS:**

**Primer testigo**

**Segundo testigo**

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del testigo

Firma del testigo

Fecha

Hora

Fecha

Hora

Patient Label	
Patient Name:	
MRN:	
DOB:	

