

UMASS MEMORIAL HEALTH  
**MASSACHUSETTS**  
**PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

- HealthAlliance-Clinton Hospital
- Marlborough Hospital
- UMass Memorial Health - Harrington Hospital
- UMass Memorial Medical Center
- UMass Memorial Medical Group | Location: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

BIRTHDATE/AGE: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_

MEDICAL RECORD NUMBER: \_\_\_\_\_

HAR / CSN ACCOUNT NUMBER: \_\_\_\_\_

PRINT CLEARLY IN INK OR APPLY PATIENT LABEL

1

Yo, \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (calle) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (estado)

designo como mi Representante para Asuntos Médicos a: \_\_\_\_\_  
(nombre de la persona elegida como Representante) (parentesco o relación con el paciente)

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) (teléfono)

**(Opcional:** Si mi Representante no está dispuesto o es incapaz de actuar, entonces designo como mi **Representante Alternativo** a:

\_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_  
(nombre) (parentesco o relación con el paciente)

\_\_\_\_\_.)  
(calle) (ciudad) (estado) (teléfono)

Mi Representante tendrá facultades para tomar decisiones de atención médica por mí, lo que incluye decisiones sobre tratamientos de prolongación de la vida. Dichas facultades estarán sujetas a cambio si a continuación se estableciera alguna limitación, si no puedo tomar decisiones de atención médica por mis propios medios. Las facultades de mi Representante entrarán en vigencia si mi médico determina por escrito que carezco de la capacidad para tomar decisiones de atención médica o de comunicarlas. Mi Representante tendrá entonces las mismas facultades para tomar decisiones de atención médica que tendría yo en caso de tener la capacidad de tomarlas **EXCEPTO** (enumerar aquí las limitaciones, si las hubiese, que desea imponer sobre las facultades de su REPRESENTANTE):

Doy instrucciones a mi Representante para que tome decisiones de atención médica en base a su evaluación de mis deseos personales. Si se desconocen mis deseos personales, mi Representante tomará decisiones de atención médica basándose en su evaluación de lo que considere lo mejor para mí. Las fotocopias de este Poder para Asuntos Médicos tendrán la misma vigencia y efecto que el original.

*Nota: No debe elegir como su representante para Asuntos Médicos a un empleado o miembro del establecimiento médico en el cual se encuentra ahora o del cual espera ser paciente, a menos que esté relacionado con esa persona por consanguinidad, matrimonio o adopción.*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Completar solamente si el Otorgante se encuentra físicamente incapacitado para firmar:** He firmado por el Otorgante arriba mencionado bajo sus instrucciones en presencia de dicho Otorgante y de dos testigos.

\_\_\_\_\_  
(nombre)  
\_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado)

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Nosotros, los firmantes, hemos sido testigos de la firma del Poder para Asuntos Médicos por parte del Otorgante o bajo las instrucciones del Otorgante, y declaramos que el Otorgante evidencia tener por lo menos 18 años de edad, estar en su sano juicio y no estar bajo ninguna influencia negativa. Ninguno de nosotros ha sido designado como Representante o Representante Alternativo para Asuntos Médicos en este documento.

Testigo núm. 1: \_\_\_\_\_ (firma) Testigo núm. 2: \_\_\_\_\_ (firma)

Nombre (con letra de molde): \_\_\_\_\_ Nombre (con letra de molde): \_\_\_\_\_

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

