

Yo _____ presente nombre a:

Nombre del representante

**Como mi representante para tomar decisiones de atención
medica por mí parte.**

_____/_____
Teléfono de casa Teléfono celular

Dirección

Ciudad/ Estado/Código postal

Si la persona nombrada como mi representante no está disponible o no puede actuar como mi agente, entonces yo nombro a la siguiente persona para actuar como se indica a continuación:

Vea adentro para obtener información adicional

_____/_____
Teléfono de casa Teléfono celular

Dirección

Ciudad/ Estado/Código postal

Poder Notarial Medico de Colorado



HopeWest

(866) 310-8900 | HopeWestCO.org

Esto le da a mi representante el poder de dar su consentimiento para dar, retener o detener cualquier tipo de atención de la salud, tratamiento, servicio o procedimiento diagnóstico. Mi representante también tiene la autoridad para hablar con el personal de salud acerca de mi condición, acceder a mi historial médico, obtener información y firmar los formularios necesarios para llevar a cabo esas decisiones y tomar decisiones de hospitalización y colocación institucional.

Por medio de este documento pretendo crear un Poder Notarial Medico. Este Poder continuará durante mi incapacidad. Mi representante tomará decisiones de atención de la salud como puedo dirigir a continuación o como le hago conocer a él o ella de alguna otra manera. Si no he expresado una opción sobre el cuidado de salud en cuestión, mi representante deberá basar su/sus decisiones sobre lo que él/ella cree que es lo mejor para mi persona.

_____ Fecha _____

Yo declaro que la persona que firmó o certificó este documento es personalmente conocido por mi, que él o ella firmó o certificó esta Carta Poder Notarial Medica en mi presencia, y que él /ella parece estar en su sano juicio y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida. Yo no soy la persona designada como el agente por el presente documento, ni soy proveedor del cuidado de la salud del paciente, o un empleado del proveedor de atención de la salud del paciente.

_____ Fecha _____

Firma de un testigo

No es válido fuera del estado de Colorado al menos que este notariado.

Notariado en el Estado de Colorado, Condado de _____

El precedente documento fue reconocido ante mi persona

Fecha _____

Por _____
Nombre notario y Título de la Posición

Firma oficial del notario

Caducidad comisión

Sello notarial