

Poder Notarial Médico Duradero de Colorado

Yo, _____, por la presente designo a: _____
Nombre del Poderdante Nombre del Representante

como mi representante para tomar decisiones sobre mi atención médica.

_____/_____
Teléfono de casa Teléfono móvil

_____/_____/_____/_____
Dirección Ciudad Estado Código postal

La designación de un primer o segundo representante suplente es opcional. Si la persona designada como mi representante no se encuentra disponible, no puede o no quiere actuar como tal, nombro a la siguiente persona para que actúe como mi **primer representante suplente**.

_____/_____/_____
Nombre del primer representante suplente Teléfono fijo Teléfono móvil

_____/_____/_____/_____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Si la persona designada como mi primer representante suplente no se encuentra disponible, no puede o no desea actuar como tal, nombro a la siguiente persona para que actúe como mi **segundo representante suplente**:

_____/_____/_____
Nombre del segundo representante suplente Teléfono fijo Teléfono móvil

_____/_____/_____/_____
Dirección Ciudad Estado Código postal

El presente documento otorga a mi representante la facultad de dar su consentimiento para administrar, denegar o interrumpir cualquier tipo de atención sanitaria, tratamiento, servicio o procedimiento diagnóstico. También tiene autoridad para hablar con el personal sanitario sobre mi estado de salud, acceder a mi historial médico, recabar información y firmar los formularios necesarios para tomar dichas decisiones, así como para decidir sobre mi hospitalización y mi ingreso en un centro asistencial.

Mediante el presente documento, otorgo un Poder Notarial Médico Duradero. Este poder notarial seguirá vigente durante mi incapacidad. Mi representante tomará las decisiones relativas a mi atención médica según mis indicaciones. Si no expreso mi preferencia respecto a la atención médica en cuestión, mi representante basará sus decisiones en lo que considere más conveniente para mí.

Al firmar a continuación, declaro que comprendo el propósito y el efecto de este documento.

_____/_____
Firma del Poderdante Fecha

