

Disclosure Statement for Medical Power of Attorney (Declaración referente al poder médico)

This is an important legal document. Before signing this document, you should know these important facts:

(Éste es un documento legal importante. Antes de firmar este documento debe saber esta información importante:)

Except to the extent you state otherwise, this document gives the person you name as your agent the authority to make any and all health care decisions for you in accordance with your wishes, including your religious and moral beliefs, when you are no longer capable of making them yourself. Because "health care" means any treatment, service or procedure to maintain, diagnose, or treat your physical or mental condition, your agent has the power to make a broad range of health care decisions for you. Your agent may consent, refuse to consent, or withdraw consent to medical treatment and may make decisions about withdrawing or withholding life-sustaining treatment. Your agent may not consent to voluntary inpatient mental health services, convulsive treatment, psychosurgery, or abortion. A physician must comply with your agent's instructions or allow you to be transferred to another physician.

(Salvo los límites que usted imponga, este documento le da a la persona que usted nombre como su agente la autoridad de tomar, en su nombre, y cuando usted ya no esté en capacidad de tomarlas por su propia cuenta, todas y cada una de las decisiones referentes a la atención médica conforme con sus deseos y teniendo en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puesto que "atención médica" se refiere a cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para controlar, diagnosticar o tratar cualquier padecimiento físico o mental, su agente tiene el poder de tomar, en su nombre, decisiones sobre una amplia gama de opciones médicas. Su agente puede dar consentimiento, negar consentimiento o retirar el consentimiento para recibir tratamiento médico y puede decidir si suspender o no dar tratamiento para prolongar la vida. Su agente no puede autorizar su ingreso voluntario a un hospital para recibir servicios de salud mental, ni que le den tratamiento convulsivo, psicocirugía o un aborto. El doctor deberá seguir las instrucciones de su agente o permitir que se le cambie a usted de doctor.)

Your agent's authority begins when your doctor certifies that you lack the competence to make health care decisions.

(La autoridad de su agente comenzará cuando su doctor certifique que usted no está en capacidad de tomar decisiones de carácter médico.)

Your agent is obligated to follow your instructions when making decisions on your behalf. Unless you state otherwise, your agent has the same authority to make decisions about your health care as you would have had.

(Su agente tiene la obligación de seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted especifique lo contrario, su agente tiene la misma autoridad que usted tendría para tomar decisiones sobre su atención médica.)

It is important that you discuss this document with your physician or other health care provider before you sign it to make sure that you understand the nature and range of decisions that may be made on your behalf. If you do not have a physician, you should talk with someone else who is knowledgeable about these issues and can answer your questions. You do not need a lawyer's assistance to complete this document, but if there is anything in this document that you do not understand, you should ask a lawyer to explain it to you.

(Antes de firmar este documento, es muy importante que hable sobre éste con el doctor o con cualquier proveedor médico para asegurarse de que entienda la naturaleza y los límites de las decisiones que se tomarán en su nombre. Si no tiene un doctor, debe hablar con alguien más que sepa de estos asuntos y pueda contestar sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para hacer este documento, pero si hay algo en este documento que usted no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique.)

The person you appoint as agent should be someone you know and trust. The person must be 18 years of age or older or a person under 18 years of age who has had the disabilities of minority removed. If you appoint your health or residential care provider (e.g., your physician or an employee of a home health agency, hospital, nursing home, or residential care home, other than a relative), that person has to choose

between acting as your agent or as your health or residential care provider; the law does not permit a person to do both at the same time.

(La persona que usted nombre como su agente debe ser alguien conocido y de su confianza. Debe ser mayor de 18 años, o puede ser menor de 18 años si se le ha retirado la incapacidad de minoría de edad. Si usted nombra al proveedor de atención médica o terapeuta (por ejemplo, su doctor o un empleado del centro de salud, hospital, casa para convalecientes o centro de tratamiento terapéutico, que no sea un pariente) esa persona tiene que escoger entre ser su agente o ser su proveedor de atención médica o terapeuta; conforme con la ley, una misma persona no puede desempeñar las dos funciones a la vez.)

You should inform the person you appoint that you want the person to be your health care agent. You should discuss this document with your agent and your physician and give each a signed copy. You should indicate on the document itself the people and institutions who have signed copies. Your agent is not liable for health care decisions made in good faith on your behalf.

(Debe informarle a la persona que usted escoja que quiere que ella sea su agente de atención médica. Usted debe hablar sobre este documento con su agente y con su doctor y darle a cada uno de ellos una copia firmada. Usted debe escribir en el documento el nombre de las personas e instituciones a quienes ha dado copias firmadas. Su agente no puede ser enjuiciado por las decisiones sobre atención médica tomadas de buena fe en su nombre.)

Even after you have signed this document, you have the right to make health care decisions for yourself as long as you are able to do so and treatment cannot be given to you or stopped over your objection. You have the right to revoke the authority granted to your agent by informing your agent or your health or residential care provider orally or in writing, by your execution of a subsequent medical power of attorney. Unless you state otherwise, your appointment of a spouse dissolves on divorce.

(Aun después de firmar este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones de atención médica mientras esté en capacidad de hacerlo y no se le puede administrar o detener un tratamiento si usted se opone. Tiene derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente informándole a su agente o a su proveedor de atención médica o terapeuta, oralmente o por escrito, y firmando un nuevo poder médico. A menos que indique lo contrario, el nombramiento de su cónyuge como su agente se disuelve en el caso de que usted se divorcie.)

This document may not be changed or modified. If you want to make changes in the document, you must make an entirely new one.

(Este documento no se puede modificar o cambiar. Si quiere hacer algún cambio, tiene que hacer un documento nuevo.)

You may wish to designate an alternate agent in the event that your agent is unwilling, unable, or ineligible to act as your agent. Any alternate agent you designate has the same authority to make health care decisions for you.

(Es aconsejable que nombre a un tercer agente en caso de que su agente no quiera, no pueda o esté incapacitado para actuar como su agente. Cualquier agente alterno que usted nombre tendrá la misma autoridad de tomar decisiones de atención médica en su nombre.)

This Power of Attorney is not valid unless it is signed in the presence of two competent adult witnesses. The following persons may not act as ONE of the witnesses:

(Este poder no tiene validez a menos que se firme en presencia de dos testigos adultos hábiles. Las siguientes personas no pueden actuar como UNO de los testigos:)

- the person you have designated as your agent.
(la persona que usted ha nombrado como su agente;
- a person related to you by blood or marriage;
(una persona que es su pariente por sangre o matrimonio;)
- a person entitled to any part of your estate after your death under a will or codicil executed by you or by operation of law;
(una persona que, después de su muerte, tenga derecho a cualquier porción de su sucesión de acuerdo con su testamento o con una adición a su testamento firmado por usted o que tenga derecho a ésta por efecto legal;)
- your attending physician;
(el doctor que lo atiende;)
- an employee of your attending physician;
(un empleado del doctor que lo atiende;)
- an employee of a health care facility in which you are a patient if the employee is providing direct patient care to you or is an officer, director, partner, or business office employee of a health care facility or of any parent organization of the health care facility; or

Medical Power of Attorney

(un empleado de un centro de atención médica del cual usted es paciente si el empleado le está prestando servicios directamente a usted o es un funcionario, director, socio o empleado de las oficinas del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica; o)

- a person who, at the time this power of attorney is executed, has a claim against any part of your estate after your death.

(una persona que, en el momento de firmar este poder, pueda reclamar cualquier porción de su sucesión después de su muerte.)

(Signature) *((Firma))*

(Print Name) *((Nombre en letra de molde))*

Medical Power Of Attorney *(Poder médico)*

Advance Directives Act (see §166.164, Health and Safety Code)
(Ley de Directivas Anticipadas (ver §166. 164, del Código de Salud y Seguridad))

Designation of Health Care Agent:
(Nombramiento de un agente de atención médica:)

I *(Yo)*, _____ *(insert your name (escriba su nombre))* appoint *(nombro a):*

Name *(Nombre):* _____

Address *(Dirección):* _____

Phone *(Teléfono):* (_____) _____ - _____

as my agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent I state otherwise in this document. This medical power of attorney takes effect if I become unable to make my own health care decisions and this fact is certified in writing by my physician.

(como mi agente para que tome todas y cada una de las decisiones sobre atención médica por mí, a menos que yo diga lo contrario en este documento. Este poder médico entra en vigor si yo no tengo capacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica y mi doctor certifica este hecho por escrito.)

Limitations On The Decision Making Authority Of My Agent Are As Follows:
(La autoridad de mi agente médico para tomar decisiones tendrá las siguientes limitaciones:)

Designation of an Alternate Agent:

(Nombramiento de un agente alterno.)

(You are not required to designate an alternate agent but you may do so. An alternate agent may make the same health care decisions as the designated agent if the designated agent is unable or unwilling to act as your agent. If the agent designated is your spouse, the designation is automatically revoked by law if your marriage is dissolved.)

((Usted no tiene que nombrar a un agente alterno, pero si quiere puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones médicas que tomaría el agente designado si el agente designado no puede o no quiere hacer las veces de agente. Si el agente designado es su cónyuge, el nombramiento se revoca automáticamente por ley si su matrimonio se disuelve).)

If the person designated as my agent is unable or unwilling to make health care decisions for me, I designate the following person(s), to serve as my agent to make health care decisions for me as authorized by this document, who serve in the following order:

(Si la persona designada como mi agente no es capaz o no está dispuesta a tomar decisiones médicas por mí, nombro a las siguientes personas, para que hagan las veces de agente para tomar decisiones de tipo médico conforme yo las autorice por medio de este documento. Lo harán en el siguiente orden:)

First Alternate Agent (Primer Agente Alterno)

Name *(Nombre)*: _____

Address *(Dirección)*: _____

Phone *(Teléfono)*: (_____) _____ - _____

Second Alternate Agent (Segundo Agente Alterno)

Name *(Nombre)*: _____

Address *(Dirección)*: _____

Phone *(Teléfono)*: (_____) _____ - _____

The original of the document is kept at *(El original de este documento se mantendrá en:)*

The following individuals or institutions have signed copies:

(Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:)

Name *(Nombre)*: _____

Address *(Dirección)*: _____

Name *(Nombre)*: _____

Address *(Dirección)*: _____

Duration

(Duración)

I understand that this power of attorney exists indefinitely from the date I execute this document unless I establish a shorter time or revoke the power of attorney. If I am unable to make health care decisions for myself when this power of attorney expires, the authority I have granted my agent continues to exist until the time I become able to make health care decisions for myself.

(Comprendo que este poder existirá indefinidamente a partir de la fecha en que se firma el documento a menos que yo establezca un término más corto o lo revoque. Si no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas por mi propia cuenta cuando este poder se venza, la autoridad que le he dado a mi agente seguirá en vigor hasta que yo pueda volver a tomar decisiones por mí mismo).

(If Applicable) This power of attorney ends on the following date: _____ / _____ / _____

((Si aplica) Este poder se vencerá en la siguiente fecha:)

Prior Designations Revoked

(Revocación de nombramientos anteriores)

I revoke any prior medical power of attorney.

(Revoco cualquier poder médico anterior.)

Acknowledgement of Disclosure Statement

(Acuse de recibo de la Declaración)

I have been provided with a disclosure statement explaining the effect of this document. I have read and understand the information contained in this disclosure statement.

(Me dieron la declaración en la que se explica las consecuencias de este documento. La leí y la entiendo.)

(You Must Date and Sign This Power of Attorney)

((Tiene que escribir la fecha y firmar este poder))

I sign my name to this medical power of attorney on _____ day of _____, _____ at

(Firmo mi nombre en este poder médico el _____ de _____ (mes) de (año) en)

(City and State) *((Ciudad y Estado))*

(Signature) *((Firma))*

(Print Name) *((Nombre en letra de molde))*

Statement of First Witness

(Declaración del primer testigo)

I am not the person appointed as agent by this document. I am not related to the principal by blood or marriage. I would not be entitled to any portion of the principal's estate on the principal's death. I am not the attending physician of the principal or an employee of the attending physician. I have no claim against any portion of the principal's estate on the principal's death. Furthermore, if I am an employee of a health care facility in which the principal is a patient, I am not involved in providing direct patient care to the principal and am not an officer, director, partner, or business office employee of the health care facility or of any parent organization of the health care facility.

(No soy la persona designada como agente por medio de este documento. No soy pariente del poderante ni por sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la sucesión del poderante después de su fallecimiento. No soy el médico tratante del poderante ni estoy empleado por el médico tratante. No tengo ningún derecho sobre ninguna porción de la sucesión del poderante después de su fallecimiento. Además, si trabajo en el centro de atención médica donde es paciente el poderante, no tengo que ver con el cuidado directo del poderante y no soy funcionario, director, socio, ni empleado de la oficina del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.)

Signature: _____
(Firma:)

Print Name: _____
(Nombre en letra de molde:)

Date and Time: _____
(Fecha:)

Address: _____
(Dirección:)

Signature of Second Witness

(Firma del segundo testigo)

Signature: _____
(Firma:)

Print Name: _____
(Nombre en letra de molde:)

Date and Time: _____
(Fecha:)

Address: _____
(Dirección:)