

PODER DURADERO DE ABOGADO DE ATENCIÓN MÉDICA DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE

Este documento le permite elegir a otra persona a tomar decisiones sobre su atención médica cuando no puede tomar decisiones por sí mismo.

La persona que seleccione puede tomar una amplia gama de decisiones sobre la atención médica para usted. Usted debería hablar con la persona que seleccione para asegurar que esta entienda sus deseos y valores personales.

This document allows you to choose someone else to make decisions about your healthcare when you are unable to make decisions for yourself.

The person you select can make a broad range of decisions about healthcare for you. You should talk to the person you select to make sure they understand your personal values.

Algunos tribunales no aceptan formularios en español. **Este documento es solo una guía y no es considerado un documento válido.** Use este documento para ayudarle comprender y llenar el documento en inglés. Los documentos presentados al tribunal deben estar en inglés.

*Some courts do not accept forms in Spanish. **This document is only a guide and is not considered a valid document.** Use this document to help you understand and fill out the document in English. Documents submitted to the court should be in English.*

ESTADO DE ARKANSAS) **PODER DURADERO DE**
) **ABOGADO DE ATENCIÓN MÉDICA**
CONDADO DE Nombre del Condado)

Yo, Nombre completo, residente del estado de Arkansas, siendo sano y habiendo alcanzado la edad de dieciocho (18) años, por la presente haga, publique y declare lo siguiente:

Poder notarial duradero para decisiones de atención médica. Durante cualquier período en el que esté incapacitado, en opinión de mi médico tratante, o no pueda tomar o la presente delego poderes de toma de decisiones de atención médica para

Nombre completo del agente, cuyo número de teléfono es Número de teléfono del agente, como mi agente, para tomar decisiones relacionadas con cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar, tratar o proporcionar mi examen físico o salud mental o cuidado personal. De conformidad con lo anterior y en la medida permitida por la ley (incluso Ark. Code Ann. § 20-6-101 *et seq.*), mi agente mencionado estará autorizado de la siguiente manera:

(a) Para consentir, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier tipo de atención médica, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de diagnóstico, medicamentos y el uso de procedimientos mecánicos u otros que afecten cualquier función corporal, incluyendo, entre otros, respiración artificial, soporte nutricional e hidratación, y reanimación cardiopulmonar;

(b) Tener acceso a registros médicos e información en la misma medida que tengo derecho, incluido el derecho de revelar el contenido a otros;

(c) Autorizar mi admisión o alta, incluso contra el consejo médico, de cualquier hospital, hogar de ancianos, atención residencial, vivienda asistida o centro similar u otro centro de atención médica;

(d) Contratar en mi nombre cualquier servicio o instalación relacionada con la atención médica en mi nombre, sin que mi agente incurra en responsabilidad financiera personal por dichos contratos;

(e) Seleccionar y dar de alta al personal médico, de servicios sociales y de apoyo responsable de mi atención;

(f) Autorizar, o negarse a autorizar, cualquier medicamento o procedimiento destinado a aliviar el dolor, a pesar de que dicho uso puede causar daño físico, adicción o acelerar el momento de mi muerte, pero no intencionalmente;

(g) Tomar cualquier otra acción necesaria para hacer lo que autorizo aquí, incluyendo, entre otros, otorgar cualquier exención o exención de responsabilidad requerida por cualquier hospital, médico u otro proveedor de atención médica; firmar cualquier documento relacionado con la denegación de tratamiento o el abandono de una instalación en contra del consejo médico; y perseguir cualquier acción legal en mi nombre, y a expensas de mi patrimonio, para forzar el cumplimiento de mis deseos según lo determine mi

agente, o para buscar daños reales o punitivos por el incumplimiento; y

(h) Además de lo anterior:

(1) Este poder notarial para atención médica tiene la intención de ser duradero y no se verá afectado por mi discapacidad o incapacidad posterior; y

(2) En el caso de que la persona que he nombrado anteriormente como mi agente no pueda o no quiera servir como mi agente para fines de atención médica contemplados a continuación, entonces Nombre completo del agente secundario, cuyo número de teléfono es El número de teléfono del segundo agente, capaz y dispuesto a servir en dicha capacidad, servirá como mi agente para fines de atención médica a continuación con todos los poderes otorgados en este documento.

(3) Por la presente, autorizo a todos los proveedores de atención médica a divulgar mi condición física o mental a la(s) persona(s) nombrada en este documento como mi agente. Esta autorización está destinada a cumplir con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de seguros de salud de 1996 (HIPAA), las regulaciones de HIPAA y otras leyes y regulaciones estatales y federales que pueden crear un derecho de privacidad en la información de salud aprobada para ser revelada por esta autorización.

Este documento por la presente revoca y reemplaza cualquier poder legal previo para decisiones de atención médica.

FECHADO esto Fecha día de Mes, 20 año.

Firma aquí: _____
Nombre completo: _____
Dirección: Dirección línea 1
Dirección línea 2
Número de teléfono: _____

