

**“HEALTH CARE PROXY”  
(PODER PARA ATENCIÓN MEDICA)**

Yo, \_\_\_\_\_, con residencia en \_\_\_\_\_,  
NOMBRE

\_\_\_\_\_, de acuerdo con el \_\_\_\_\_,  
DIRECCIÓN

Artículo 29-C de la “*Public Health Law of the State of New York*” (Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York) nombro por la presente como agente para mi atención médica, para que tome por mí todas las decisiones referentes a mi atención médica, excepto cuando yo indique lo contrario, a:

NOMBRE DEL AGENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Esta “*Health Care Proxy*” debe entrar en efecto en caso de que el médico que me atiende determine que no puedo tomar decisiones sobre mi atención médica por mí mismo.

Yo autorizo a mi agente a tomar decisiones sobre mi atención médica, de acuerdo con mis deseos e instrucciones, según lo indicado en toda Instrucción Relacionada con Tratamientos Médicos y de Salud o Negativa a recibir futuros cuidados (“Instrucciones”) las cuales yo haya hecho o pueda hacer de aquí en más, o sean de cualquier otra manera conocidas por él o ella.

Yo autorizo a mi agente y a cualquier otra persona que mi agente pudiere designar, además de cualquier otra persona que yo haya específicamente autorizado, a visitarme en caso de estar enfermo(a), y también de prohibir a ciertas personas visitarme, si mi agente determinara que la visita de tales personas me podría causar descontento o dolor.

Además, autorizo específicamente a mi agente a trasladarme de cualquier hospital a mi casa o a cualquier otro hospital, aunque este último se encuentre o no en el mismo estado en el que se encuentra el hospital del que he sido trasladado.

Entiendo que, a menos que yo lo revoque, este “*Health Care Proxy*” continuará teniendo efecto indefinidamente y no será afectado por mi posterior incapacidad o incompetencia.

Todos los términos utilizados aquí deben ser interpretados con el mismo significado que se les da en el Artículo 29-C del la “*Public Health Law*”.

En presencia de testigos, yo he firmado el presente “*HEALTH CARE PROXY*”, en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 200\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE (FIRMA)

Nosotros declaramos en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 200\_\_\_\_, que \_\_\_\_\_ nos es personalmente conocido y que en completo goce de sus facultades mentales y actuando según su propio deseo y libre de presiones, él/ella firmó este documento en nuestra presencia, y que ninguno de nosotros es la persona nombrada como su agente en este documento.

\_\_\_\_\_ con residencia en \_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_ con residencia en \_\_\_\_\_  
TESTIGO