

Yo, _____,

residente de _____

Pennsylvania, por el presente revoco cualquier poder anterior que
haya otorgado para decisiones de atención médica

y nombro a _____

residente de _____

(*número de teléfono*) _____ como mi

agente para la toma de decisiones de atención médica.

Si mi agente no estuviera dispuesto o capacitado para actuar
como tal, nombro como suplente a _____,

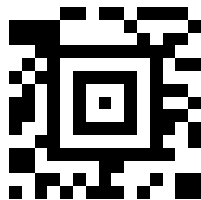
residente de _____

(*teléfono*) _____.

_____ Mi agente estará facultado para tomar cualquier decisión de

UPMC Pinnacle

**PODER PARA DECISIONES
DE ATENCIÓN MÉDICA**



PATIENT IDENTIFICATION

Patient Name: _____

MR Number: _____

Date of Birth: _____

atención médica en mi nombre si yo no estuviera en capacidad de hacerlo por mí mismo. El poder de mi agente se hará efectivo si mi médico tratante determina por escrito que yo estoy incapacitado para tomar o comunicar decisiones relacionadas con mi atención médica. Mi agente tendrá el poder para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, lo cual incluye:

1. El poder para autorizar mi admisión en un establecimiento médico, de cuidados de enfermería, residencial o similar, y a firmar acuerdos para mi atención.
2. El poder para autorizar procedimientos médicos y quirúrgicos, lo que significa que mi agente hará los arreglos correspondientes y dará su consentimiento para procedimientos médicos, terapéuticos y quirúrgicos a los que se requiera someterme, incluyendo la administración de medicamentos.

Si mis deseos personales son desconocidos, mi agente deberá tomar las decisiones tras evaluar lo que corresponda a mi mayor conveniencia.

Firma: _____ Fecha: _____

UPMC Pinnacle

**PODER PARA DECISIONES
DE ATENCIÓN MÉDICA**

PATIENT IDENTIFICATION

Patient Name: _____

MR Number: _____

Date of Birth: _____

Declaración de los Testigos

Nosotros, los suscritos, hemos sido testigos de la firma consciente y voluntaria del presente documento, mediante firma o marca hecha en nuestra presencia. Ninguno de nosotros ha sido nombrado como agente de atención médica o suplente en este documento.

En nuestra presencia en el día _____ de _____ de 20_____.

(Firma)

(Firma)

Nombre (letra imprenta) _____

Dirección: _____

Nombre (letra imprenta) _____

Dirección: _____

UPMC Pinnacle

**PODER PARA DECISIONES
DE ATENCIÓN MÉDICA**

PATIENT IDENTIFICATION

Patient Name: _____

MR Number: _____

Date of Birth: _____