

FORMA DE PODER DE CUIDADO DE SALUD DE MASACHUSETTS

(1) Yo, _____ (el principal),
residiendo en _____ Distrito, Massachusetts,
pertinente al Capítulo 201D de las Leyes Generales de Massachusetts, nombro la siguiente persona a ser
mi Agente de Cuidado de Salud:

Nombre: _____ #Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código: _____

Si, mí arriba nombrado Agente de Cuidado de Salud no esta disponible, yo nombro como Agente de
Cuidado de Salud alternativo a:

Nombre: _____ #Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código: _____

(2) Yo doy a mi Agente de Cuidado de Salud autoridad para tomar todas las decisiones de cuidado de salud a
mi beneficio si yo soy incapaz de tomar tales decisiones por mi mismo(a), incluyendo pero no limitado a
decisiones concernientes a la iniciación, continuación, retiro o rechazo de cualquier cuidado, tratamiento,
servicio o procedimiento para prolongar la vida, EXCEPTO (aquí escriba las limitaciones, SI ALGUNA, que
usted desee poner a la autoridad de su Agente):

Mi Agente de Cuidado de Salud debe tomar decisiones de cuidado de salud por mí de acuerdo a la
evaluación de mi Agente de Cuidado de Salud de mis deseos, incluyendo mis creencias religiosas y mo-
rales. Si mis deseos no son conocidos, mi Agente de Cuidado de Salud debe tomar tales decisiones por mí
solamente en acuerdo con la evaluación de mi Agente de Cuidado de Salud de mis mejores intereses.

Mi Agente puede obtener cualquier y toda información, incluyendo información médica confidencial,
como yo hubiese tenido derecho a recibirla. Fotocopias de este Poder de Cuidado de Salud deben tener
la misma fuerza y efecto como el original y puede ser brindada a otros proveedores de salud.
La autoridad de mi Agente de Cuidado de Salud para actuar en mi beneficio debe existir solamente por el
periodo durante el cual mi doctor de cabecera determine que yo no tengo la capacidad de tomar o
comunicar decisiones de cuidado de salud por mí mismo(a).

(3) Yo firmo este Poder de Cuidado de Salud el _____ ,20____ en la presencia de dos testigos.

Firmado:

(Si el Principal no puede firmar). El principal esta inposibilitado para firmar y a la dirección del principal
yo he firmado su nombre en su presencia y en la presencia de dos testigos.

Nombre: _____

Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____

FORMA DE PODER DE CUIDADO DE SALUD DE MASACHUSETTS

- (4) Nosotros, los abajo firmantes, cada uno declara en la presencia del principal que ninguno de nosotros ha sido nombrado Agente de Cuidado de Salud o Agente de Cuidado de Salud Alternativo en este Poder de Cuidado de Salud, y aún más declaramos que el principal firmó este instrumento como su Poder de Cuidado de Salud, o dirigió su ejecución, en la presencia de cada uno de nosotros, que cada uno de nosotros firma este Poder de Cuidado de Salud como testigo en la presencia del principal, y que a lo mejor de nuestro conocimiento el/ella es dieciocho (18) años de edad o mayor, en su cabal juicio, y bajo ninguna restricción o influencia indebida .

Testigo: _____ Nombre en Letra de Molde: _____

Dirección: _____

Testigo: _____ Nombre en Letra de Molde: _____

Dirección: _____

(5) DECLARACIÓN DE AGENTE DE CUIDADO DE SALUD (OPCIONAL)

Agente de Cuidado de Salud: Yo he sido nombrado por _____ (el "principal") como el **Agente de Cuidado de Salud** del principal por su Poder de Cuidado de Salud y yo por este medio acepto este nombramiento. El principal me ha comunicado sus deseos de cuidado de salud en el momento de posible incapacidad, y yo trataré de poner en efecto los deseos del principal. Yo no soy un operador, administrador o empleado del hospital, casa de convalecencia, hogar de descanso, Hogar para Soldados u otra facilidad de salud donde el principal sea actualmente un paciente, residente o haya aplicado para ingreso, o si yo soy tal persona, yo además estoy relacionada con el principal por sangre, matrimonio u adopción

Firma del **Agente de Cuidado de Salud:** _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE AGENTE DE CUIDADO DE SALUD ALTERNATIVO (OPCIONAL)

Alternativo: Yo he sido nombrado por _____ (el "principal") como el **Agente de Cuidado de Salud Alternativo** del principal por su Poder de Cuidado de Salud y yo por este medio acepto este nombramiento. El principal me ha comunicado sus deseos de cuidado de salud en el momento de posible incapacidad, y yo trataré de poner en efecto los deseos del principal. Yo no soy un operador, administrador o empleado del hospital, casa de convalecencia, hogar de descanso, Hogar para Soldados u otra facilidad de salud donde el principal sea actualmente un paciente, residente o haya aplicado para ingreso, o si yo soy tal persona, yo además estoy relacionada con el principal por sangre, matrimonio u adopción.

Firma del **Agente de Cuidado de Salud Alternativo:**

Fecha: