

****THIS IS NOT A SUBSTITUTE FOR THE ADVICE OF AN ATTORNEY****

****ESTO NO ES UN SUSTITUTO DE CONSEJO DE UN ABOGADO****

MEDICAL POWER OF ATTORNEY DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT

PODER NOTARIAL MÉDICO DESIGNACIÓN DE UN
APODERADO PARA ASUNTOS MÉDICOS

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

I, _____ (insert your name) appoint:
Yo, _____ (escriba su nombre), designo 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 apoderado para tomar todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica en mi nombre, excepto en la medida en que exprese lo contrario en este documento. Este poder notarial médico entra en vigor si no tengo la capacidad de tomar decisiones sobre la atención médica que me atañe, y este hecho lo certifica por escrito mi médico.

**LIMITATIONS ON THE DECISION-MAKING AUTHORITY OF MY AGENT
ARE AS FOLLOWS: LAS LIMITACIONES A LA FACULTAD QUE OTORGO A MI APODERADO
PARA TOMAR DECISIONES SON LAS SIGUIENTES:**

**DESIGNATION OF AN ALTERNATE AGENT:
DESIGNACIÓN DE UN APODERADO SUPLENTE:**

(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 annulled, or declared void unless this document provides otherwise.) (Aunque no está obligado a designar a un apoderado suplente, puede designar uno si lo desea. Si el apoderado designado por usted no puede o no quiere actuar como tal, un apoderado suplente puede tomar las mismas decisiones sobre la atención médica que el apoderado designado. Si el apoderado designado es su cónyuge, la designación queda automáticamente revocada por ley en caso de que su matrimonio se disuelva, se anule o se declare nulo, a menos que en este documento se estipule otra cosa).

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 apoderado no puede o no quiere tomar decisiones en mi nombre sobre la atención médica, designo a las siguientes personas para que sean mis apoderados y tomen decisiones médicas en mi nombre según se autoriza en este documento, quienes actuarán en el orden siguiente:

First Alternate Agent

Primer apoderado suplente

Name: _____
Nombre:

Address: _____
Dirección:

Phone: _____
Teléfono:

Second Alternate Agent

Segundo apoderado suplente

Name: _____
Nombre:

Address: _____
Dirección:

Phone: _____
Teléfono:

The original of the document is kept at:

El original de este documento se conserva en:

The following individuals or institutions have signed copies:

Los siguientes individuos o instituciones han firmado copias:

Name: _____
Nombre:

Address: _____
Dirección:

Phone: _____
Teléfono:

Name: _____
Nombre:

Address: _____
Dirección:

Phone: _____
Teléfono:

DURATION

VIGENCIA

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. Estoy enterado de que este poder notarial tiene una vigencia indefinida a partir de la fecha en que formalizo este documento, a menos que yo establezca un tiempo más corto o que revoque el poder notarial. Si carezco de la capacidad necesaria para manifestar mi voluntad sobre asuntos médicos cuando este poder notarial venza, la facultad que otorgo a mi apoderado continuará vigente hasta el momento en que yo pueda por mí mismo tomar decisiones sobre mi salud.

(IF APPLICABLE) This power of attorney ends on the following date: _____
(SI ES APLICABLE) Este poder notarial vence el:

PRIOR DESIGNATIONS REVOKED

REVOCACIÓN DE LAS DESIGNACIONES ANTERIORES

I revoke any prior medical power of attorney.

Revoco cualquier poder notarial médico anterior.

DISCLOSURE STATEMENT

DECLARACIÓN

THIS MEDICAL POWER OF ATTORNEY IS AN IMPORTANT LEGAL DOCUMENT. BEFORE SIGNING THIS DOCUMENT, YOU SHOULD KNOW THESE IMPORTANT FACTS: ESTE PODER NOTARIAL MÉDICO ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

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 unable to make the decisions for 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. A menos que usted establezca lo contrario, este documento autoriza a la persona que usted nombre como apoderado a tomar cualquier decisión sobre la atención médica que le atañe, conforme a los deseos y creencias religiosas y morales de usted, cuando usted ya no tenga la capacidad necesaria para manifestar su voluntad. Dado que "atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su estado de salud física y mental, su apoderado tiene facultades para tomar un amplio margen de decisiones en su nombre sobre la atención médica que le atañe. Su apoderado puede consentir, negarse a consentir o retirar su consentimiento a que se le dé a usted tratamiento médico, y puede tomar decisiones relacionadas con la retirada o suspensión de cualquier tratamiento para prolongarle la vida. Su apoderado podría negar su consentimiento a que se le presten servicios voluntarios de salud mental para pacientes hospitalizados, terapia convulsiva, psicocirugía o aborto. El médico tiene que cumplir las instrucciones que su apoderado le dé o permitir que a usted se le transfiera para recibir la atención de otro médico.

Your agent's authority is effective when your doctor certifies that you lack the competence to make health care decisions. La facultad de su apoderado entra en vigor a partir del momento en que su médico certifique que usted carece de la capacidad para tomar decisiones sobre su atención médica.

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 if you were able to make health care decisions for yourself. It is important that you discuss this document with your physician or other health care provider before you sign the document to ensure 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. Su apoderado está obligado a seguir las instrucciones de usted al tomar decisiones en su nombre. A menos que usted establezca lo contrario, su apoderado tiene las mismas facultades para tomar decisiones sobre su atención médica que las que usted tendría si tuviera la capacidad de manifestar su voluntad acerca de la atención médica. Antes de firmar este documento, es importante que estudie su contenido con su médico u otro proveedor de atención médica, a fin de asegurarse de que comprende cuál es la naturaleza y la variedad de decisiones que podrán adoptarse en su nombre. Si no cuenta con un médico que le atienda, deberá hablar con alguien más que esté bien informado sobre estos asuntos y pueda

responder a sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para llenar este documento; pero, si en este hay algo que no comprende, 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 facility, or residential care facility, 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 allow a person to serve as both at the same time. 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 that you intend to have signed copies. Your agent is not liable for health care decisions made in good faith on your behalf. La persona que usted nombre como apoderado debe ser alguien que conozca y en quien confíe. Esa persona debe ser mayor de 18 años de edad o alguien menor de 18 años a quien se le hayan eliminado los impedimentos por minoría de edad. Si usted nombra a su proveedor médico o proveedor de atención residencial (p. ej., su médico o un empleado de una agencia de atención médica a domicilio, hospital, casa de reposo o centro de atención residencial, que no sea un familiar), esa persona tendrá que elegir entre actuar ya sea como su apoderado o como su proveedor de atención residencial; la ley no permite que una misma persona desempeñe las dos funciones a la vez. A la persona a quien nombre, debe informarle que quiere que esa persona sea su apoderado para actuar en los asuntos de atención médica que le atañan a usted. Usted debe estudiar el contenido de este documento con su apoderado y su médico, y entregarle a cada uno una copia firmada. Debe indicar en el propio documento las personas e instituciones que usted quiere que reciban copias firmadas. Su apoderado no es responsable de aquellas decisiones de atención médica que se hayan tomado de buena fe en su nombre.

Once you have signed this document, you have the right to make health care decisions for yourself as long as you are able to make those decisions, 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 or by your execution of a subsequent medical power of attorney. Unless you state otherwise in this document, your appointment of a spouse is revoked if your marriage is dissolved, annulled, or declared void. Una vez haya firmado este documento, tiene derecho a tomar aquellas decisiones de atención médica que le afecten, siempre y cuando tenga la capacidad de tomarlas, y no se le puede dar tratamiento o suspenderlo si usted se opone a ello. Tiene derecho a revocar la facultad otorgada a su apoderado informando a su apoderado o proveedor médico o de atención residencial, ya sea oralmente o por escrito, o formalizando un poder notarial médico posterior. A menos que establezca lo contrario en este documento, la designación por usted de su cónyuge queda revocada si su matrimonio se disuelve, se anula o se declara nulo.

This document may not be changed or modified. If you want to make changes in this document, you must execute a new medical power of attorney. En este documento no se pueden introducir cambios ni modificaciones. Si quiere introducir cambios en este documento, necesitará formalizar un nuevo poder notarial médico.

You may wish to designate an alternate agent in the event that your agent is unwilling, unable, or ineligible to act as your agent. If you designate an alternate agent, the alternate agent has the same authority as the agent to make health care decisions for you. Usted podría querer designar un apoderado suplente en el caso de que su apoderado no quiera, sea incapaz o no reúna las condiciones para actuar como su apoderado. Si designa a un apoderado suplente, el apoderado suplente tiene las mismas facultades que el apoderado para adoptar decisiones de atención médica en su nombre.

THIS POWER OF ATTORNEY IS NOT VALID UNLESS:

ESTE PODER NOTARIAL NO ES VÁLIDO A MENOS QUE:

- (1) **YOU SIGN IT AND HAVE YOUR SIGNATURE ACKNOWLEDGED BEFORE A NOTARY PUBLIC; OR**
USTED LO FIRME Y SU FIRMA ESTÉ RECONOCIDA ANTE NOTARIO PÚBLICO; O
- (2) **YOU SIGN IT IN THE PRESENCE OF TWO COMPETENT ADULT WITNESSES**
USTED LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES. LAS

THE FOLLOWING PERSONS MAY NOT ACT AS ONE OF THE WITNESSES:

SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR EN CALIDAD DE TESTIGOS:

- (1) **the person you have designated as your agent;**
la persona a quien usted haya designado como apoderado;
- (2) **a person related to you by blood or marriage;**
una persona relacionada con usted por consanguinidad o matrimonio;
- (3) **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 con derecho a cualquier porción de su patrimonio después de su muerte bajo un testamento o codicilo formalizado por usted o por disposición legal;
- (4) **your attending physician;**
el médico que le atiende a usted;
- (5) **an employee of your attending physician;**
un empleado del médico que le atiende a usted;
- (6) **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 the health care facility or of any parent organization of the health care facility; or**
un empleado de un centro de atención médica del que usted es un paciente si el empleado le está proporcionando atención médica directa a usted, o si es un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica; o bien
- (7) **a person who, at the time this medical power of attorney is executed, has a claim against any part of your estate after your death.**
una persona que, al momento en que este poder médico se formaliza, tiene una reclamación contra cualquier porción de su patrimonio después de su muerte.

By signing below, I acknowledge that I have read and understand the information contained in the above disclosure statement. Al firmar más abajo, reconozco que he leído y entendido la información contenida en la declaración anterior.

(YOU MUST DATE AND SIGN THIS POWER OF ATTORNEY. YOU MAY SIGN IT AND HAVE YOUR SIGNATURE ACKNOWLEDGED BEFORE A NOTARY PUBLIC OR YOU MAY SIGN IT IN THE PRESENCE OF TWO COMPETENT ADULT WITNESSES.)

(DEBE FECHAR Y FIRMAR EL PRESENTE PODER NOTARIAL. PUEDE FIRMARLO Y CERTIFICAR SU FIRMA ANTE UN NOTARY PUBLIC O PUEDE FIRMARLO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS COMPETENTES ADULTOS).

SIGNATURE ACKNOWLEDGED BEFORE NOTARY
FIRMA RECONOCIDA ANTE NOTARIO

I sign my name to this medial power of attorney on _____ day of
El presente poder notarial médico lo firmo con mi nombre el _____ día de

_____, _____ at
(month) (year) en
(mes) (año)

(City and State)
(Ciudad y estado)

(Signature)
(Firma)

(Print Name)
(Nombre en letra de molde)

State of _____
Estado de Texas

County of _____
Condado de _____

This instrument was acknowledged before me on _____ (date)
Este documento fue reconocido ante mí el día _____ (fecha)

by _____ (name of person acknowledging).
por _____ (nombre de la persona que lo reconoce).

(signature of notarial officer)
(firma del notario)

My commission expires:
Mi comisión expira el:

[NOTARY SEAL]

OR
0

SIGNATURE IN PRESENCE OF TWO COMPETENT ADULT WITNESSES
FIRMA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS COMPETENTES ADULTOS

I sign my name to this medical power of attorney on _____ day of
El presente poder notarial médico lo firmo con mi nombre el _____ día de

_____, _____ at
(month) (year) en
(mes) (año)

(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. Declaro que no soy la persona designada como apoderado en este documento. No estoy emparentado con el interesado por consanguinidad ni matrimonio. De ninguna manera me correspondería ningún derecho a ninguna porción del patrimonio del interesado en caso de muerte del interesado. No soy el médico que atiende al interesado ni soy un empleado del médico que atiende al interesado. No tengo ninguna reclamación sobre ninguna porción del patrimonio del interesado en caso de muerte del interesado. Además, si soy empleado de un centro de atención médica en el que el interesado sea un paciente, no estoy involucrado en la prestación de atención médica directa al interesado, y no soy un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro médico.

Signature: _____
Firma:

Print Name: _____
Nombre en letra de molde:

Date: _____
Fecha:

Address: _____
Dirección:

SIGNATURE OF SECOND WITNESS
FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Signature: _____
Firma:

Print Name: _____
Nombre en letra de molde:

Date: _____
Fecha:

Address: _____
Dirección:
