



**HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY**

I, \_\_\_\_\_,

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Appoint: \_\_\_\_\_  
*Name of Agent (Person who can make health care decisions for me if I cannot)*

\_\_\_\_\_  
*Address*

\_\_\_\_\_  
*Phone Numbers*

\_\_\_\_\_  
*Email*

as my Health Care Agent to make health and personal care decisions for me if I become incapable of making my own decisions. If the person named above is unable to serve as my agent for any reason, I appoint an alternate to serve as my agent:

\_\_\_\_\_  
*Name of Alternate Agent*

\_\_\_\_\_  
*Address*

\_\_\_\_\_  
*Phone Numbers*

\_\_\_\_\_  
*Email*

This Health Care Power of Attorney shall become effective upon my incapacity. I grant the following powers to my agent:

1. To authorize my admission to or discharge from any medical, nursing residential, or similar facility and to enter into agreements for my care.
2. To authorize, refuse, or withdraw consent to any and all types of medical and surgical procedures, care, or treatment, including, but not limited to, intubation, resuscitation and nutrition or hydration administered by artificial or invasive means.

I have discussed my wishes concerning health care with my agent, who shall follow my directions to the extent known. If my agent is unable to determine what I would want, then my agent shall make a decision based upon what he or she believes to be in my best interests. I revoke any prior power of attorney for health care.

My signature below means that I understand this document and intend this to be legally binding.

\_\_\_\_\_  
*Signature* \_\_\_\_\_  
*Date/Time*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Witness* \_\_\_\_\_  
*Date/Time*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Witness* \_\_\_\_\_  
*Date/Time*

Yo, \_\_\_\_\_,

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Designo a: \_\_\_\_\_  
*Nombre del representante (persona que puede tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo)*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Números de teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Correo electrónico*

como mi representante de atención médica para tomar decisiones de salud y atención personal por mí si yo no pudiera tomar mis propias decisiones. Si la persona nombrada arriba no puede actuar como mi representante por algún motivo, designo a una persona alternativa para que actúe como mi representante:

\_\_\_\_\_  
*Nombre del representante sustituto*

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Números de teléfono*

\_\_\_\_\_  
*Correo electrónico*

Este poder notarial para atención médica entrará en vigor tras mi incapacidad. Doy las siguientes facultades a mi representante:

1. Autorizar mi ingreso a cualquier centro médico, residencia de atención de largo plazo o un centro similar, y autorizar el alta del centro médico, y firmar acuerdos para mi atención.
2. Autorizar, rechazar o anular el consentimiento para todo tipo de procedimientos médicos y de cirugía, de atención o de tratamiento, incluyendo, entre otros, intubación, reanimación y nutrición o hidratación administrada por medios artificiales o invasivos.

Hablé de mis deseos relacionados con la atención médica con mi representante, que seguirá mis indicaciones en la medida de lo posible. Si mi representante no puede determinar lo que quiero, tomará una decisión según lo que crea que sea mejor para mí. Anulo cualquier poder notarial para atención médica anterior a este.

Mi firma abajo indica que entiendo este documento y que tengo la intención de que sea legalmente vinculante.

\_\_\_\_\_  
*Firma* \_\_\_\_\_  
*Fecha/Hora*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo* \_\_\_\_\_  
*Fecha/Hora*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo* \_\_\_\_\_  
*Fecha/Hora*





En Penn State Health, valoramos el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su atención médica. A cualquier edad, una condición médica inesperada puede hacer que las personas no puedan tomar sus propias decisiones de atención médica. La planificación ayuda a asegurarse de que las personas reciban la atención que quieran. Elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted, llamado representante de atención médica, es un paso importante en este proceso.

## ¿Qué es un poder notarial para atención médica (HCPOA)?

- El HCPOA es un documento que identifica a una o más personas en quienes usted confía, para que informen a los clínicos de sus decisiones de atención médica cuando usted no pueda hacerlo.
- El HCPOA, por lo general, forma parte de otros documentos llamados voluntades anticipadas o testamentos en vida.

## ¿A quién debo designar como mi representante de atención médica?

Su representante de atención médica es la persona que usted designa para tomar decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomarlas por sí mismo.

- Su representante de atención médica puede ser un familiar o un amigo cercano en quien usted confíe para que tome decisiones importantes. Esa persona debe entender claramente sus deseos y aceptar tener la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted. Es importante informar a su HCPOA del papel que tendrá.
- Usted tiene la opción de designar a una segunda persona como su representante de atención médica sustituto. El representante sustituto actuará si la primera persona que usted designa no puede, no quiere o no está disponible.
- No puede designar a un proveedor de atención médica que participe en su atención.
- No puede designar a un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que esa persona sea un pariente que no le esté prestando servicios de atención médica.

## ¿Qué pasa si físicamente no puedo firmar el formulario?

- Si no puede firmar, puede pedirle específicamente a otra persona que firme y feche en su nombre.

## ¿Quién puede ser testigo del poder notarial para atención médica?

En este documento, debe haber 2 testigos adultos, mayores de 18 años, que, preferentemente, sean familiares o amigos suyos.

- Los testigos no pueden ser usted mismo, su representante de atención médica designado, una persona que firma el documento en su nombre (si físicamente usted no puede firmar) ni un proveedor de atención médica que participe en su atención.

## ¿Cuándo entra en vigor el poder notarial para atención médica?

- Después de que se firme y feche ante dos testigos, el HCPOA estará en vigor solo mientras usted no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

## ¿Qué pasa si ya tengo una voluntad anticipada?

- Usted debe completar este formulario solo si quiere cambiar su representante de atención médica por una persona diferente a la que se menciona en el documento existente.
- Este formulario reemplazará cualquier documentación anterior de un poder notarial para atención médica.
- Si antes completó un testamento en vida, ese testamento sigue activo. Si se designó un HCPOA como parte del testamento en vida, este formulario reemplazará solo esa parte.

## Ya firmé el formulario ante testigos. Ahora, ¿qué debo hacer?

- Guarde el documento original en un lugar seguro pero accesible.
- Dé una copia a su equipo médico en las clínicas y hospitales donde reciba atención.
- Dé copias a su representante de atención médica, a su representante de atención médica sustituto, a su familia y a cualquier persona que podría participar en su atención médica.
- Si quiere expresar sus preferencias de manera más detallada, hable con su equipo de atención médica o consulte a un abogado para saber sus opciones legales.

## ¿Qué pasa si quiero modificar mi poder notarial para atención médica?

- Este documento se puede anular o modificar.
- Si quiere modificar el documento, debe completar uno nuevo y escribir *Revoke* (Anular) en el original, con la fecha.
- Después de hacer cambios o de crear un nuevo documento, dé el nuevo documento a todas las personas que tengan una copia del original.
- Puede consultar a un abogado para analizar sus opciones.