

PODER AMPLIO

(SÓLO CON FACULTADES PARA ATENCIÓN DE SALUD)

AVISO: Los poderes que se otorgan por medio de este documento son amplios y radicales. Si tiene alguna pregunta acerca de estos poderes, obtenga asesoría legal competente. Usted puede obtener información legal gratuita sobre la elaboración de los poderes otorgados a través de este documento y completar este formulario llamando a Legal Services Developer, Aging Services, o al Oklahoma Department of Human Services al 405-522-3069, o a su asesor legal u oficina local de un asesor local. Este documento autoriza a su agente a tomar decisiones médicas y otras decisiones de atención médica por usted. Puede revocar este poder si luego lo desea

Yo, _____

(escriba su nombre y dirección)

designo a _____

(escriba el nombre y dirección de la persona designada)

Como mi agente alternativo con la misma autoridad.

Una vez que este poder entre en vigor conforme a la sección III en la parte de atrás de este formulario, este Poder Amplio continuará vigente, aun si quedo minusválido, incapacitado, o incompetente, y no se verá afectado por un lapso de tiempo.

I. Otorgamiento De Poder Para Atención Médica

Para otorgar los siguientes poderes, coloque sus iniciales en frente de la opción (f) e ignore las líneas en frente a los otros poderes.

Para otorgar una o más de los siguientes poderes, pero no todos, de los siguientes, coloque sus iniciales en la línea en frente a cada uno de los poderes que otorga.

Para rechazar un poder, no coloque sus iniciales en la línea de dicho poder. Puede tachar, aunque no es necesario, cada poder que desee rechazar.

1. Si no pudiera decidir o hablar por mí mismo(a), mi apoderado tiene el poder de:

Iniciales

- _____ a. Tomar decisiones de atención médica y de salud en mi lugar, incluyendo servir como mi representante bajo la Ley del Estado de Oklahoma de NO-Resucitación, pero excluyendo firmar una Instrucción Anticipada (Advance Directive), tomando decisiones reservadas a un apoderado representante en salud bajo una instrucción anticipada, u otras decisiones relacionadas con tratamientos para prolongar la vida.
- _____ b. Elegir a mis proveedores de salud.
- _____ c. Elegir el lugar donde viviré y recibiré cuidados y apoyo, cuando estas elecciones estén relacionadas con mis necesidades de atención de salud.
- _____ d. Revisar mis registros médicos y tener los mismos derechos que yo tendría para divulgar mis registros médicos a otras personas.
- _____ e. Elegir tratamiento paliativo.
- _____ f. Todos los poderes mencionados anteriormente.

No necesita colocar sus iniciales en las otras líneas si coloco sus iniciales en la línea (f).

2. Es mi intención que las acciones del agente en mi nombre sean honoradas tanto por mis familiares como por mis proveedores de salud como una expresión de mi derecho legal de manejar mi propia salud. Las instrucciones y decisiones de mi agente son superiores y deben de prevalecer ante cualquier decisión que tomada por cualquiera de mis miembros familiares. Cuando sea apropiado, mi agente podría discutir decisiones médicas con mi familia y otros si están disponibles.

II. Instrucciones e Información Adicional

NOTA: Esta sección, aunque es muy útil para su apoderado, es opcional y puede dejar las opciones en blanco.

a. Mis objetivos sobre mi atención médica: _____

b. Mis temores sobre mi atención médica: _____

c. Mis creencias espirituales o religiosas y tradiciones: _____

d. Mis pensamientos sobre cómo mi enfermedad podría afectar a mi familia: _____

<i>Patient Label</i>
Patient Name:
MRN:
DOB:



e. Mis pensamientos sobre permanecer y recibir atención médica en el hogar, en comparación con recibirla en una casa de reposo u otra institución: _____

Instrucciones especiales: En las siguientes líneas puede dar instrucciones especiales para limitar o extender los poderes otorgados a su apoderado. _____

(Adjunte hojas adicionales, si es necesario).

III. Cuando el Poder Entra en Efecto

Coloque sus iniciales frente a una de las siguientes opciones debajo sobre el día de efectividad de este poder amplio Iniciales

- _____ Este poder amplio entra en efecto inmediatamente y permanecerá vigente hasta que se revoque.
- _____ Este poder amplio entrará en vigencia cuando mi médico tratante determine que ya no soy competente para manejar mi propia persona. Esta determinación se ejecutará por escrito y se adjuntará a este formulario.

Acepto que cualquier tercero que reciba una copia de este documento puede actuar conforme al mismo. La revocación del poder no entrará en efecto para un tercero hasta que el mismo se entere de dicha revocación. Acepto indemnizar a dicho tercero por cualquier demanda que surja en contra del mismo a causa de este poder amplio.

Firma: _____
(Firma del mandante)

Ciudad, Condado Y Estado de Residencia _____

Conozco personalmente al principal y creo que está capacitado(a). Tengo dieciocho (18) años de edad o más. No tengo parentesco sanguíneo o político con el principal, o estoy relacionado(a) con el principal a través de un vínculo sanguíneo o matrimonial. El principal me ha declarado que este instrumento es su poder amplio, otorgado al apoderado designado con facultades y autoridad especificada como expresadas en el documento, y él/ella ha voluntariamente hecho y ejecutado este, como acto libre y voluntario de acuerdo con los propósitos expresados en este documento.

Testigo: _____

Testigo: _____

ESTADO DE OKLAHOMA)
CONDADO DE _____) SS.

Ante mí, la autoridad del firmante, en este día _____ del mes de _____, del año 20 _____, presente personalmente

(principal), _____ (testigo), _____ (testigo), cuyos nombres se encuentran suscritos al instrumento anterior en sus respectivas capacidades, y ha sido los cuales debidamente hice declarar bajo juramento, el principal me ha declarado a mi y a los testigos en mi presencia que el instrumento es su Poder Amplio, y que el principal lo ha elaborado y ejecutado con buenas intenciones y voluntariamente como un acto y escritura libre del principal para los fines allí expresados, y los testigos me han declararon que cada uno tenía dieciocho (18) años de edad o más, y que ninguno de ellos está relacionado con el mandante por sangre o matrimonio, o relacionado con el apoderado por sangre o matrimonio.

Notario público

Vencimiento: _____

Al aceptar o actuar en virtud del nombramiento, el agente asume la responsabilidad fiduciaria y demás responsabilidades legales de un apoderado.

DHS Pub. No. 99-63



Revised 08/2016

This publication is authorized by Oklahoma Department of Human Services Director Ed Lake and printed by DHS in accordance with state and federal regulations at a cost of \$33.23 for 533 copies. Copies have been deposited with the Publications Clearinghouse of the Oklahoma Department of Libraries. DHS offices may request copies on ADM-9 (23AM009E) electronic supply orders. Members of the public may obtain copies by calling 1-877- 283-4113 (toll free), by faxing an order to (405) 962-1741, or by downloading a copy at www.okdhs.org/library.

Los miembros del público pueden obtener copias llamando al 1-877-283-4113 (llamada gratuita), enviando un pedido por fax al (405) 962-1741 o descargando una copia en www.okdhs.org/library.

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

