**[Please use this form primarily for the purpose of oral translation, but if your client needs it to recognize their English language document then staple this document to the English language version and mark it for translation only, there is no need to execute both. Please delete this note prior to distributing this document.]**

NEW YORK STATE HEALTH CARE PROXY

PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Por el presente, yo, XXXXXXX designo a XXXXXX con domicilio en XXXXX, [New York], NY 100XX con el número de teléfono XXXXXXXX como mi apoderado para la atención médica para que tome toda y cualquier decisión en mi nombre, salvo en la medida en que se indique lo contrario. Este poder legal entrará en vigencia solo en la eventualidad de que quede incapacitado para tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica.
2. **Opcional: Apoderado Alterno**

Si la persona que designo no puede, no quiere o no está disponible para actuar como mi apoderado para

la atención médica, por el presente designo a XXXXXX, con domicilio en XXXXXX, [FL] [34743], con el número de teléfono XXXXXX como mi apoderado para la atención médica para que tome toda y cualquier decisión en mi nombre, salvo en la medida en que se indique lo contrario.

1. Salvo que lo revoque o indique una fecha de vencimiento o circunstancias específicas que lo invaliden, este poder legal permanecerá en vigencia indefinidamente. (*Opcional: Si desea que este poder legal*

*caduque, estipule aquí la fecha o las circunstancias específicas que lo invalidan*.) Este poder legal vencerá *(especifique la fecha o las circunstancias particulares)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Instrucciones Opcional: Instruyo a mí apoderado para la atención médica a tomar decisiones conforme a mis deseos y limitaciones, como es de su conocimiento, o según se indica a continuación. (Si usted quiere limitar la autoridad de su apoderado para tomar decisiones sobre su atención médica u otorgar instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones.) Instruyo a mí apoderado para la atención médica a tomar decisiones de conformidad con las siguientes limitaciones y/o instrucciones (adjunta a las páginas adicionales que sean necesarias):

He hablado de mis deseos con mi representante de atención médica [y apoderado alterno], y [él/ella/ellos] conocen mis deseos, incluyendo aquellos sobre la nutrición e hidratación artificial.

Para que su apoderado pueda tomar decisiones en su nombre sobre su atención médica con respecto a la administración artificial de nutrición e hidratación (alimento y agua a través de una sonda o por vía intravenosa), su apoderado debe estar razonablemente familiarizado con sus deseos. Usted puede informar a su apoderado cuáles son sus deseos o incluirlos en esta sección. Consulte las instrucciones para un ejemplo del lenguaje que puede utilizar si desea incluir sus deseos en este formulario, inclusive sus preferencias sobre la administración artificial de nutrición e hidratación.

1. **Su Identificación:**

 Su Nombre: XXXXXXXX

Su Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su dirección: XXXXXXXXXXXXX [New York], NY 100XX

**(6)**  **Opcional: Donación de órganos y/o tejidos**

 Por el presente, deseo realizar una donación anatómica en la eventualidad de mi muerte:

(marque todas las opciones que correspondan)

□ Cualquier órgano o tejido necesario

□ Los siguientes órganos y/o tejidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ Limitaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si usted no expresa en este formulario sus deseos o preferencias sobre la donación de órganos y/o

 tejidos, no significará que usted no desea hacer una donación ni evitará que una persona autorizada por ley apruebe una donación en su nombre.

 Su Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Declaración de los testigos:** (*Los testigos deben tener 18 años de edad o más y ninguno podrá ser el*

 *apoderado para la atención médica o el apoderado alterno*).

 Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y que compareció ante mí

 voluntariamente y en su sano juicio. Él o ella firmó este documento en mi presencia (o le solicitó a otra

 persona que firmara en su nombre).

 **Testigo Uno:**   **Testigo Dos:**

 Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del testigo 1: Nombre del testigo 2:

 (*en letras de imprenta*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*en letras de imprenta*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_