

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**  
**PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA REFERENTE A UN NOMBRAMIENTO**  
**DE REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre) nombro a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

como mi representante para que tome todas y cada una de las decisiones de atención médica por mí, excepto en la medida en que lo estipule de otra manera en este documento. Este poder legal para la atención médica entrará en vigor si no pudiera tomar mis propias decisiones relativas a la atención médica y este hecho lo certifica por escrito mi médico.

LAS LIMITACIONES REFERENTES A LA AUTORIDAD PARA LAS DECISIONES CONCEDIDA A MI REPRESENTANTE SON LAS SIGUIENTES: \_\_\_\_\_

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

**NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE SUPLENTE.**

(Usted no está obligado a nombrar a un representante suplente pero puede hacerlo. Un representante suplente puede tomar las mismas decisiones de atención médica que el representante nombrado si este último no pudiera o no desea actuar como su representante. Si el representante nombrado es su cónyuge, este nombramiento quedará revocado automáticamente por ley si su matrimonio se disuelve, anula o se declara nulo, a menos que este documento lo estipule de otra manera).

Si la persona nombrada como mi representante no pudiera o no desea tomar las decisiones de atención médica por mí, nombro a las siguientes personas para que actúen como mis representantes y tomen decisiones de atención médica por mí de la manera en que se autoriza en este documento. Dichas personas actuarán en el siguiente orden:

**A. Primer representante suplente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**B. Segundo representante suplente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

La copia original de este documento se encuentra en:

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

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Scan doc type: Power of Attorney - Medical

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**



BSWH-59815SP (Rev. 03/24)

**MEDICAL POWER OF ATTORNEY DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT**

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**  
**PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA REFERENTE A UN NOMBRAMIENTO**  
**DE REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

**DURACIÓN.**

Entiendo que este poder legal existe indefinidamente desde la fecha en que lo firme a menos que establezca un período más breve o lo revoque. Si no pudiera tomar decisiones de atención médica por mi cuenta cuando venza el mismo, la autoridad que he concedido a mi representante seguirá en vigor hasta el momento en que pueda tomar decisiones de atención médica por mi cuenta.

(SI CORRESPONDE) Este poder legal vencerá en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE NOMBRAMIENTOS PREVIOS.**

Revoco todo poder previo legal para la atención médica.

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN.**

**ESTE PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ES UN DOCUMENTO JURÍDICO IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DEBE ESTAR ENTERADO DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

Excepto en la medida en que lo estipule de otra manera, este documento le otorga a la persona a quien nombre como su representante la autoridad de tomar todas y cada una de las decisiones de atención médica por usted de conformidad con sus deseos, así como conforme a sus creencias religiosas y morales, cuando usted no pueda tomar dichas decisiones por su cuenta. Debido a que la "atención médica" quiere decir cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar un problema médico físico o mental, su representante tiene el poder de tomar una amplia gama de decisiones de atención médica por usted. Dicho representante puede autorizar, negarse a autorizar o retirar la autorización para que se realice un tratamiento médico y tomar decisiones sobre suspender o retener tratamientos dirigidos a mantenerlo con vida. Su representante no podrá autorizar los servicios que se presten como un paciente de salud mental internado voluntariamente, tratamientos convulsivos, psicocirugías ni abortos. Los médicos deben cumplir con las instrucciones de su representante o permitir que lo transfieran a usted a los cuidados de otro médico.

La autoridad de su representante entrará en vigor cuando su médico confirme que usted carece de la capacidad para tomar decisiones de atención médica.

Su representante está obligado a cumplir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. Salvo que usted lo estipule de otra manera, su representante tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica que usted tendría si tuviera la capacidad para tomar dichas decisiones por su cuenta.

Es importante que converse sobre este documento con su médico o con otro proveedor de atención médica antes de que lo firme para asegurarse de que entienda la naturaleza y extensión de las decisiones que se podrían hacer en su nombre. Si no tiene un médico, debe hablar con otra persona con conocimientos de estos asuntos y que pueda responder sus preguntas. No se requiere la ayuda de un abogado para llenar este documento, pero si tuviera alguna duda sobre su contenido, debe solicitar que un abogado se la explique.

La persona que nombre como representante debe ser alguien confiable a quien conozca. La persona debe tener 18 años o más o una persona menor de 18 años legalmente emancipada. Si nombra a su proveedor de atención médica o de atención residencial (p. ej., su médico o un empleado de una agencia de atención a domicilio, hospital, instalación de enfermería o instalación de atención residencial que no sea un pariente), dicha persona debe decidir entre realizar las funciones como su representante o como su proveedor de atención médica o de atención residencial; la ley no permite que una persona ejerza ambas funciones a la vez.

Debe informar a la persona que nombre que usted desea que esa persona sea su representante de atención médica. Debe conversar con su representante y su médico sobre este documento y entregar a cada uno una copia firmada. Debe indicar en el documento las personas e instituciones a quienes entregará copias firmadas. Su representante no será responsable de las decisiones de atención médica que tome de buena fe en su nombre.

Una vez que haya firmado este documento, usted tendrá el derecho de tomar decisiones de atención médica sobre sí mismo siempre y cuando sea capaz de tomar dichas decisiones. No se podrá administrar ni suspender un tratamiento en contra de su voluntad. Usted tiene derecho a revocar la autoridad otorgada a su representante informando dicha revocación a su representante o a su proveedor de atención médica o atención residencial, ya sea de manera verbal o por escrito, o si firma un poder legal para la atención médica posterior. Salvo que usted lo estipule de otra manera en este documento, el nombramiento de un cónyuge se revocará si se disuelve, anula o declara nulo el matrimonio.

Scan doc type: Power of Attorney - Medical

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**



BSWH-59815SP (Rev. 03/24)

**MEDICAL POWER OF ATTORNEY DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT**

Page 2 of 4

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**  
**PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA REFERENTE A UN NOMBRAMIENTO**  
**DE REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

Este documento no se podrá cambiar ni modificar. Si desea hacer cambios en este documento, debe firmar un nuevo poder legal para la atención médica.

Tal vez deba nombrar un representante suplente en caso de que su representante no desee, no pueda o no califique para actuar como su representante. Si nombra a un representante suplente, dicho representante tendrá la misma autoridad que el representante nombrado para tomar las decisiones de atención médica por usted.

ESTE PODER LEGAL NO ES VÁLIDO SALVO SI:

- (1) USTED LO FIRMA Y HACE AUTENTICAR SU FIRMA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO; O
- (2) USTED LO FIRMA EN LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES.

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PODRÁN DESEMPEÑARSE COMO UNO DE LOS TESTIGOS:

- (1) la persona a quien haya nombrado como su representante;
- (2) una persona emparentada con usted por sangre o matrimonio;
- (3) una persona con derecho a recibir una parte de su herencia después de su fallecimiento en virtud de un testamento o codicilo firmado por usted o en virtud de la ley.
- (4) el médico encargado de sus cuidados;
- (5) un empleado del médico encargado de sus cuidados;
- (6) un empleado de una instalación de atención médica en la que usted sea un paciente si dicho empleado le proporciona atención directa como paciente o es un funcionario, director, socio o empleado de la oficina de facturación de la instalación de atención médica o de cualquier organización matriz de la instalación de atención médica; o
- (7) una persona que, en la fecha en que se firme este poder legal para la atención médica, tenga derecho sobre alguna parte de su herencia después de su fallecimiento.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entiendo la información que contiene la presente declaración de divulgación.

(DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER LEGAL. PODRÁ FIRMARLO Y HACER AUTENTICAR SU FIRMA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO O FIRMARLO EN LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES).

FIRMA AUTENTICADA ANTE UN NOTARIO

Firmo mi nombre en este poder legal para la atención médica el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, año) en

\_\_\_\_\_.

(Ciudad y estado)

\_\_\_\_\_

(Firma)

\_\_\_\_\_

(Nombre en letra de imprenta)

Estado de Texas

Condado de \_\_\_\_\_

Este instrumento ha sido autenticado ante mí el \_\_\_\_\_ (fecha)

por \_\_\_\_\_ (nombre de la persona que se encarga de autenticar la firma).

Scan doc type: Power of Attorney - Medical

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**



BSWH-59815SP (Rev. 03/24)

MEDICAL POWER OF ATTORNEY DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT

Page 3 of 4

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**  
**PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA REFERENTE A UN NOMBRAMIENTO**  
**DE REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PÚBLICO, Estado de Texas

Nombre en letra de imprenta del notario:

\_\_\_\_\_  
Mi comisión caduca el:

\_\_\_\_\_  
O BIEN

FIRMA EN LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES

Firmo mi nombre en este poder legal para la atención médica el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, año) en

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO.

No soy la persona nombrada como representante en este documento. No estoy emparentado con el mandante por sangre o matrimonio. No tengo derecho a ninguna parte de la herencia del mandante cuando este fallezca. No soy el médico encargado de los cuidados del mandante ni un empleado de dicho médico. No tengo derecho sobre ninguna parte de la herencia del mandante cuando este fallezca. Además, si soy un empleado de una instalación de atención médica en la que el mandante sea un paciente, no participo directamente en la atención del mandante como paciente y no soy un funcionario, director, socio o empleado de la oficina de facturación de la instalación de atención médica ni de cualquier organización matriz de la instalación de atención médica.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO.

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Scan doc type: Power of Attorney - Medical

**BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH**



BSWH-59815SP (Rev. 03/24)

MEDICAL POWER OF ATTORNEY DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT

Page 4 of 4