

**Carta De Personeria Duradera Para Atencion Medica  
(Designacion del Subragado de Atencion Medica)**

En caso de que yo, Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ sea declarado(a) incompetente/incapacitado(a) (carezca de la habilidad) para autorizar tratamientos medicos y procedimientos quirurgicos y diagnosticos, que incluye, pero no se limita, a negar, retirar o continuar procedimientos de prolongacion de vida, quiero designar a la siguiente persona como subrogado para que tome decisiones sobre mi atencion medica.

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Num. de Telefono (t) \_\_\_\_\_ (c) \_\_\_\_\_  
parentesco

Address: \_\_\_\_\_

En caso de que mi subrogado no este dipuesto(a) o no este capacitado para ejercer su tarea, deseo designar a un subrogado alterno:

Nombre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Num. de Telefono (t) \_\_\_\_\_ (c) \_\_\_\_\_  
parentesco

Address: \_\_\_\_\_

Entiendo claramente que esta designacion le permite a mi subrogado a tomar toda decision de mi atencion medica hasta que yo recupere la habilidad para tomar mis propias decisiones. Estas decisiones podrian incluir negar, retirar o continuar procedimientos de prolongacion de vida. Mi subragado podra autorizar mi admision o traslado de un hospital a otras facilidades, y tambien, solicitar asistencia publica por mi.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

Reafirmo que esta designacion no fue hecha como condicion de mi tratamiento o admision a esta u otras facilidades.

Testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaracion de Voluntad de Vida**

Yo, voluntariamente, hago constar que **no** deseo prolongar mi muerte bajo las siguientes circunstancias. Si en algun momento padezco de una condicion terminal y/o permanezco de un stado vegetal, y si el medico que me atiende y me da tratamiento determina que no hay probabilidades medicas de recuperarme de tal condicion(es), exijo que me quiten los procedimientos de prolongacion de vida si esto implica el prolongar artificialmente el proceso de mi muerte. Quiero tener una muerte natural, sin embargo, autorizo que se me administren medicamentos o que me hagan los procedimientos necesarios para aliviar mi dolor.

Tambien deseo que me eliminen/quiten los procedimientos de prolongacion de vida cuando: (opcional)

\_\_\_\_\_ Debido a una enfmedad debilitante, la cual no me permitira recuperarme, comunicarme con otras personas  
Iniciales o a relacionarme con otros.

\_\_\_\_\_ Especifique Otra(s) Condicion(es): \_\_\_\_\_  
Iniciales

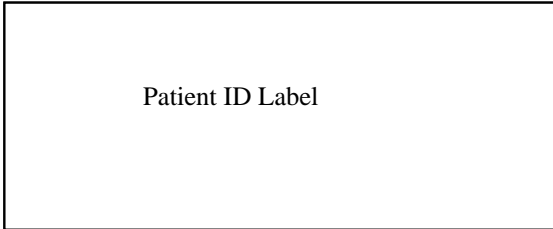
En adiccion, deseo \_\_\_\_\_ o no deso \_\_\_\_\_ que me nutran (comida) y/o hidaten (agua) artificialmente, por  
Iniciales Iniciales digestivos o alimentos intravenosos si estos prolongan el proceso de mi muerte.

Instrucciones adicionales: (opcional) \_\_\_\_\_

Solicito que mi Declaracion de Voluntad de Vida sea honorado por mi familia y medcos(s) como expression final de mis derechos legales a rechazar tratamientos medicos o quirurgicos, y a aceptar las consecuencias por ta rechazo.

**De estar embarazada, esta Declaracion de Voluntad de Vida no tendra valdez durante el transcurso de mi embarazo segun mi medic(s). Entiendo la importancia y el significado de esta Declaracion de Voluntad de Vida, y estoy mentalmente y emocionalmente capacitado(a) para tomar estas decisiones.**

Testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Patient ID Label

0,  
1-