

CARTA PODER DURADERA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

Este formulario le permite escoger un representante para tomar decisiones médicas para el cuidado de salud mental en el caso de que usted no pueda comunicar ni tomar sus propias decisiones. Es preciso que el individuo que toma sus decisiones médicas tenga a lo menos 18 años y conozca bien sus deseos y valores, y que sea alguien en quien puede usted depositar su confianza. Esta persona puede ser pariente o amigo(a) suyo.

Al firmar este formulario, usted otorga poder notarial a su representante para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted; esta persona tiene el poder de: 1) Escoger sus profesionales médicos, cuidadores, opciones de tratamiento, y lugar(es) de tratamiento; 2) Consentir en tratamientos para prolongar la vida de usted, negarse a aceptarlos, o terminarlos; usted también puede darle el poder de tomar decisiones sobre su salud mental; y 3) Decidir la disposición de su cuerpo, por ejemplo los arreglos funerarios y la donación de órganos, si usted no ha tomado decisiones pertinentes.

MI PODER NOTARIAL – Quisiera que esta persona tome las decisiones médicas por mí si no puedo tomarlas yo:

Primer nombre	Apellido	Relación con usted	Teléfono
Dirección		Correo Electrónico	

Si la persona mencionada arriba no puede tomar mis decisiones médicas, quisiera que esta persona las tome:

Primer nombre	Apellido	Relación con usted	Teléfono
Dirección		Correo Electrónico	

MI PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL—Escriba sus iniciales frente a un testigo o un notario público.

____ Escriba sus iniciales aquí para otorgar poder notarial a su representante para tomar decisiones acerca de su salud mental por usted.

____ Escriba sus iniciales aquí para otorgar poder notarial a su representante para internarlo(a) en un centro psiquiátrico o en un programa que requiera que usted visite un hospital psiquiátrico.

Si usted prefiere que su representante no tome ciertas decisiones acerca de su salud mental, escríbalas aquí: _____

No se puede revocar esta sección del formulario en caso de que usted no sea capaz de tomar sus propias decisiones, según lo determinado por su médico.

Este es un documento legal. Al firmarlo, usted verifica que lo ha repasado con cuidado y que indica claramente sus deseos acerca de las personas que pueden tomar decisiones médicas por usted, cuáles decisiones deberían tomarse, y que sus deseos se cumplan. Para que este formulario mantenga validez, es preciso que usted tenga a lo menos 18 años y que un testigo o un notario público le observe firmar.

Firme su nombre	Fecha	Su fecha de nacimiento
Primer nombre en letra de molde	Apellido	Su dirección

Testigo

Estaba presente cuando se firmó y se fechó esta carta poder duradera para el cuidado de la salud y salud mental. La persona parecía pensar claramente y nadie le obligó a firmar esta carta poder duradera. También prometo que: 1) soy mayor de 18 años de edad; 2) no soy el responsable de tomar decisiones médicas para esta persona; 3) no soy del equipo médico de esta persona; 4) no tengo parentesco consanguíneo, matrimonio, o adopción; y 5) no voy a recibir nada de su patrimonio (por ejemplo, dinero o bienes) después de que muera la persona.

Firma del testigo	Fecha
Primer nombre en letra de molde	Apellido
Dirección del testigo	



Este documento puede ser verificado por un Notario en vez de ser firmado por un testigo (opcional).

Estado de Arizona _____)
Condado de _____)

En este día ____ del mes de _____, 20____, compareció ante mí _____, cuya identidad fue probada y él/ella pareció ser de una mente sana y libre de obligación, fraude o influencia indebida, y firmó el documento de arriba.

NOTARIO PUBLICO

[Estampe aquí su sello]