

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
**PODER LEGAL MÉDICO DURADERO
PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Name, MR#, Pat#, DOB

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____ ID X 2 _____ (Iniciales de empleado)

¿Desea tener un intérprete? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A Intérprete: _____ (Nombre)

☐ Se usó la línea de idiomas ☐ El paciente pide que le interprete su pareja o un familiar. _____ (Nombre)

¿Solicitó ayudas de comunicación? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A Si contestó que sí: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL SIGUIENTE DOCUMENTO LEGAL

Antes de firmar este documento, es muy importante que conozca y comprenda estos hechos:

- Este documento le da a la persona a la que usted nombre como su agente el poder de tomar decisiones relativas a su atención médica si usted es incapaz de hacerlo. Estas decisiones y poderes no se limitan a las enfermedades terminales ni a las decisiones para prolongar la vida.
- Después de que haya firmado este documento, usted sigue teniendo el derecho a tomar decisiones de atención médica usted mismo si es capaz de hacerlo.
- Usted puede indicar en este documento cualquier tipo de tratamiento que desea recibir o que quiere evitar. Si quiere que su agente tome decisiones sobre tratamientos para prolongar la vida, es mejor que así lo establezca en su poder legal médico durable.
- Usted tiene el derecho de quitarle la autoridad a su agente para tomar decisiones por usted en cualquier momento a menos que un tribunal haya determinado que usted es incompetente. Si usted retira (revoca) la autoridad de su agente, usted debe hacerlo por escrito y dar copias a todos los que recibieron el documento original.
- No debe firmar este documento a menos que lo entienda. Tal vez desee hablar con otras personas o con un abogado antes de firmar este documento.
- Puede utilizar este formulario de poder legal médico duradero; pero es posible que este formulario no satisfaga sus necesidades individuales. Se acepta también en Colorado el uso de otros formularios de poder legal médico duradero. Asegúrese de firmar el formulario adecuado para sus necesidades.
- El formulario de poder legal médico duradero adjunto se ajusta a la ley de Colorado. Los testigos, el notario y otros requisitos varían de estado a estado. Si se muda a otro estado o viaja a menudo, asegúrese de averiguar los requisitos de ese estado.

Su poder legal médico duradero deberá contener la siguiente información:

- El nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que elija como su agente, y su segunda opción de agente para que actúe si su primer agente es incapaz de actuar por usted.
- Las instrucciones sobre el tratamiento que usted desea o no desea recibir, como cirugía, quimioterapia o tratamientos para prolongar la vida, como alimentación artificial, diálisis renal, asistencia respiratoria, etc.



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY
FOR HEALTH CARE DECISIONS

Name, MR#, Pat#, DOB

Primary Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____ ID X 2 _____ (Staff Initials)

Do you wish to have an interpreter? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A Interpreter: _____ (Name)

☐ Language Line Used ☐ Patient requests to have significant other/family member interpret. _____ (Name)

Communication Aids Requested? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A If yes: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT THE FOLLOWING LEGAL DOCUMENT

Before signing this document, it is very important for you to know and understand these facts:

- This document gives the person you name as your agent the power to make health care decisions if you are unable to do so. These decisions and powers are not limited to terminal conditions and life support decisions.
- After you have signed this document, you still have the right to make health care decisions for yourself if you are able to do so.
- You may state in this document any type of treatment that you want to receive or want to avoid. If you want your agent to make decisions about life sustaining treatment, it is best to so state in your medical durable power of attorney.
- You have the right to take away the authority of your agent to make decisions for you at any time unless you have been determined to be incompetent by a court. If you withdraw (revoke) the authority of your agent, you should do so in writing and give copies to all those who received the original document.
- You should not sign this document unless you understand it. You may wish to talk to others or a lawyer before you sign this document.
- You may use this sample Medical Durable Power of Attorney form; however, it may not meet your individual needs. Other medical durable power of attorney forms are acceptable to use in Colorado also. Be sure the form you sign meets your needs.
- The enclosed Medical Durable Power of Attorney form complies with Colorado law. Witness, notary, and other requirements vary from state to state. If you move to another state or travel often, be sure to check that state's requirements.

Your medical durable power of attorney should contain the following information:

- The name, address and telephone number of the person you choose as your agent, and your second choice of agent to act if your first agent is unable to act for you.
- Any instructions about treatment you do or do not wish to receive such as surgery, chemotherapy, or life sustaining treatment such as artificial feeding, kidney dialysis, or breathing support, etc.



DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
**PODER LEGAL MÉDICO DURADERO
PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Name, MR#, Pat#, DOB

1. Yo, _____, el declarante, nombro por este medio a:
(Escriba su nombre en letra de imprenta)

Nombre del agente

Número de teléfono de la casa del agente

Número de teléfono del trabajo del agente

Dirección del domicilio del agente

como mi agente para que tome decisiones sobre atención médica por mí si no soy capaz de tomar mis propias decisiones de atención médica. Esto le da a mi agente el poder de aceptar, rechazar o interrumpir cualquier atención médica, tratamiento, servicio o procedimiento de diagnóstico. Mi agente también tiene la autoridad para hablar con el personal médico, obtener información y firmar los formularios necesarios para llevar a cabo esas decisiones.

Si la persona nombrada como mi agente no está disponible o es incapaz de actuar como mi agente, nombro a la siguiente persona o personas para que sirvan en el orden indicado a continuación:

2. _____ 3. _____
Nombre del agente Nombre del agente

Número de teléfono de la casa Número de teléfono del trabajo Número de teléfono de la casa Número de teléfono del trabajo

Mediante este documento pretendo crear un **poder legal médico duradero** que entrará en vigor si quedo incapacitado para tomar mis propias decisiones de atención médica y que deberá continuar mientras dure dicha incapacidad.

Mi agente tomará decisiones de atención médica según lo que yo le indique posiblemente más adelante o le indique de otra manera. Si no he expresado una opción sobre la atención médica en cuestión, mi agente deberá basar su decisión en lo que él o ella crea que es lo mejor para mí.

(A) Declaración de los deseos con respecto a los procedimientos, tratamiento, servicios y atención para prolongar la vida:

(B) Disposiciones especiales y limitaciones:

AL FIRMAR AQUÍ, INDICO QUE ENTIENDO EL PROPÓSITO Y EL EFECTO DE ESTE DOCUMENTO.

FIRMA DE LA PERSONA QUE CREA EL PODER LEGAL MÉDICO DURADERO

FECHA

(Opcional pero recomendado)

La ley de Colorado no requiere que este documento esté firmado por testigos. Sin embargo, se recomienda obtener la firma de dos testigos o un notario. Esto no es requerido por la ley de Colorado pero puede hacer más aceptable este documento en otros estados.

TESTIGO:

Firma: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

TESTIGO:

Firma: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

DENVER HEALTH MEDICAL CENTER
MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY
FOR HEALTH CARE DECISIONS

Name, MR#, Pat#, DOB

1. I, _____, Declarant, hereby appoint:
(Print Your Name)

Name of Agent

Agent's Home Telephone Number

Agent's Work Telephone Number

Agent's Home Address

as my agent to make health care decisions for me if and when I am unable to make my own health care decisions. This gives my agent the power to consent, to refuse, or to stop any health care, treatment, service or diagnostic procedure. My agent also has the authority to talk with health care personnel, get information, and sign forms necessary to carry out those decisions.

If the person named as my agent is not available or is unable to act as my agent, then I appoint the following person(s) to serve in the order listed below:

2. _____ 3. _____
Agent Name Agent Name

Home Telephone #

Work Telephone #

Home Telephone #

Work Telephone #

By this document I intend to create a **Medical Durable Power of Attorney** which shall take effect upon my incapacity to make my own health care decisions and shall continue during that incapacity.

My agent shall make health care decisions as I may direct below or as I make known to him or her in some other way. If I have not expressed a choice about the health care in question, my agent shall base his/her decision on what he/she believes to be in my best interest.

(A) Statement of desires concerning life-prolonging care, treatment, services and procedures:

(B) Special provisions and limitations:

BY SIGNING HERE, I INDICATE THAT I UNDERSTAND THE PURPOSE AND EFFECT OF THIS DOCUMENT.

SIGNATURE OF PERSON CREATING MEDICAL DURABLE POWER OF ATTORNEY DATE

(Optional But Recommended)

Colorado law does not require this document to be witnessed; however, it is recommended to obtain the signature of 2 witnesses or a notary. This is not required by Colorado law but may make this document more acceptable in other states.

WITNESS:

Signature: _____

Home Address: _____

Date: _____

WITNESS:

Signature: _____

Home Address: _____

Date: _____

