

## NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Comprendo que, como adulto competente, tengo el derecho de tomar decisiones sobre mi atención médica. Es posible que llegue el momento en el que no pueda, debido a una incapacidad, tomar mis propias decisiones de atención médica. En estas circunstancias, aquellas personas que me atienden necesitarán orientación y recurrirán a alguien que conozca mis valores y deseos de atención médica. Al firmar este nombramiento del representante de atención médica, nombro a un representante de atención médica con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en mi nombre en dicho caso o en dicho momento. Nombro a \_\_\_\_\_ para que sea mi representante de atención médica. Si mi médico tratante determina que no puedo comprender ni apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención médica ni tomar y comunicar una decisión informada, mi representante de atención médica está autorizado para (1) aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para diagnosticar o tratar mi afección física o mental, salvo excepciones previstas por la ley, como la psicocirugía o el tratamiento electroconvulsivo como se define en los Estatutos Generales de Connecticut párrafo 17a-540 y (2) tomar la decisión de proporcionar, rehusar o retirar los equipos de mantenimiento artificial de la vida. Le indico a mi representante de atención médica que tome decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos, tal como se establece en un testamento vital o como de algún modo lo sabe mi representante de atención médica. En caso de que mis deseos no estén claros o que se origine alguna situación inesperada, mi representante de atención médica puede tomar una decisión para mi propio bien, de acuerdo a lo que se conoce de mis deseos. Si \_\_\_\_\_ no desea o no puede ser mi representante de atención médica, nombro a \_\_\_\_\_ para que sea mi representante de atención médica alternativo. Hago esta solicitud, tras una minuciosa reflexión, estando en mi sano juicio. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (fecha)

X \_\_\_\_\_ DECLARACIONES DE LOS TESTIGOS Este documento fue firmado en nuestra presencia por \_\_\_\_\_, el autor de este documento, que parecía tener dieciocho años de edad o más, estar en su sano juicio y ser capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención médica en el momento en que se firmó este documento. El autor no parecía estar bajo ninguna influencia inapropiada. Hemos suscrito este documento en presencia del autor y a solicitud del autor y en presencia de cada uno. x \_\_\_\_\_  
x \_\_\_\_\_ (testigo) (testigo) x \_\_\_\_\_  
x \_\_\_\_\_ (número y calle) (número y calle) x \_\_\_\_\_  
x \_\_\_\_\_ (ciudad, estado y código postal) (ciudad, estado y código postal)

FORMULARIO OPCIONAL DECLARACIÓN JURADA DE LOS TESTIGOS ESTADO DE CONNECTICUT ) ) : A saber \_\_\_\_\_ ) (ciudad) CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

Nosotros, los testigos que suscriben, habiendo jurado debidamente, decimos que fuimos testigos de la realización de este nombramiento de un representante de atención médica por parte del autor de este documento; que el autor suscribió, publicó y declaró que el mismo se refería a las instrucciones, los nombramientos y las designaciones del autor en nuestra presencia; que en lo sucesivo nosotros suscribimos el documento como testigos en presencia del autor, a solicitud del autor y en presencia de cada uno; que en el momento de ejecución de dicho documento el autor parecía tener dieciocho años

de edad o más, estar en su sano juicio, ser capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias de dicho documento, y no estar bajo ninguna influencia inapropiada, y realizamos esta declaración jurada a solicitud del autor este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (testigo) (testigo)  
x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (número y calle) (número y  
calle) x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (ciudad,  
estado y código postal) (ciudad, estado y código postal) Suscrita y firmada ante mí por

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, los testigos firmantes de la declaración jurada anterior este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Comisionado del Notario Público del Tribunal Superior Mi cargo expira el: \_\_\_\_\_ (tipear o escribir con letra de imprenta el nombre de todas las personas firmantes debajo de las firmas)