

NOMBRAMIENTO DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Etiquette de Paciente /Patient Sticker

Yo, _____, Por la presente nombro a la persona nombrada a continuación como mi agente de atención médica y doy permiso a mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí si no puedo tomar tales decisiones por mí mismo, incluyendo cualquier decisión de atención médica que podría haber tomado por mí mismo si fuera capaz. Si mi agente designado no está disponible o no puede servir por cualquier motivo, nombro al suplente nombrado aquí para que tome el lugar de mi agente como mi agente de atención médica:

AGENTE:

AGENTE ALTERNATIVO:

Nombre en letras de molde

Nombre en letras de molde

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código (Zip)

Ciudad Estado Código (Zip)

Números Telefónicos (todos que se aplica)

Números Telefónicos (todos que se aplica)

Firma: Su firma debe ser presenciada por dos adultos competentes o notariada. Si es testigo, ninguno de los testigos puede ser la persona que usted nombró como su agente, y al menos uno de los testigos no puede ser alguien que esté relacionado con usted o tenga derecho a ninguna parte de su patrimonio.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigos:

1. Soy un adulto competente que no es el agente mencionado anteriormente. Fui testigo de la firma del paciente.

Testigo de Firma 1 _____

2. Soy un adulto competente que no es el agente mencionado anteriormente. No estoy relacionado con el paciente por sangre, matrimonio o adopción y a la muerte del paciente, no tendría derecho a ninguna parte del patrimonio del paciente bajo cualquier voluntad existente, codicil o por el funcionamiento de la ley. Fui testigo de la firma del paciente.

Testigo de Firma 2 _____

O bien, este documento puede ser notariado en lugar de presenciado.

Notary:

STATE OF ARKANSAS

COUNTY OF _____

I am a Notary Public in and for the State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is shown above as the "patient." The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.