

**NOMBRAMIENTO DEL AGENTE DE
CUIDADOS MÉDICOS**
(Arkansas)

Yo, _____, doy a mi agente cuyo nombre se encuentra enseguida permiso para hacer mis decisiones de atención medica si yo no pudiera hacer decisiones por mí mismo, incluyendo cualquier decisión de tratamiento médico que yo pudiera haber hecho por mí mismo si pudiera. Si mi agente no está disponible o no puede o no desea servir, el nombre alternativo abajo tomará el lugar del agente.

Agente:

Alternativo:

Nombre

Nombre

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

() _____
Código del Área Número de teléfono de casa

() _____
Código del Área Número de teléfono de casa

() _____
Código del Área Número de teléfono del Trabajo

() _____
Código del Área Número de teléfono del trabajo

() _____
Código del Área Número de teléfono Celular

() _____
Código del Área Número de teléfono celular

Nombre del Paciente (favor de imprimir o escribir) Fecha

Firma del paciente (Debe tener al menos 18 o ser un menor emancipado*)

Para ser legalmente valido, **ya sea el bloque A o bloque B** deben ser llenados apropiadamente y firmados.

Bloque A Testigos (Se requieren 2 testigos)

1. Soy un adulto competente quien no está nombrado arriba.
Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 1

2. Soy un adulto competente quien no está nombrado arriba.
No tengo relación por sangre, matrimonio, o adopción con el
paciente. No tendré derecho a ninguna porción de las
propiedades del paciente sobre su muerte bajo ningún
testamento, codicilio existente o por disposición de la ley. Soy
testigo de la firma del paciente en este formulario.

Firma del testigo número 2

Bloque B Notarización

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.

My commission expires: _____

Signature of Notary Public