

## Declaración Jurada de Apoderado para la Atención Médica

Yo, el abajo firmante, \_\_\_\_\_, estoy dispuesto a actuar en carácter de apoderado para la atención médica de \_\_\_\_\_. Certifico que soy una de las siguientes personas:

- Curador judicialmente designado y autorizado para dar consentimiento al tratamiento médico (designado por el Tribunal \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_). La institución ha recibido una copia de la orden judicial y de las cartas de designación del curador).
- Cónyuge de la persona;
- Hijo adulto de la persona;
- Padre de la persona;
- Pariente adulto de la persona que ha demostrado cuidado y preocupación especial por la persona (especificar el grado de relación familiar \_\_\_\_\_)
- Amigo íntimo de la persona que ha demostrado cuidado y preocupación especial por la persona, quien ha presentado una declaración jurada a la institución frente a la cual desea desempeñarse como apoderado y ha mantenido contacto regular con la persona de manera que está familiarizado con las actividades, la salud y las creencias morales y religiosas de la persona.
- Trabajadores sociales clínicos matriculados seleccionados por el comité de bioética del prestador o mediante un acuerdo con el comité de bioética de otro prestador y no empleados por el prestador. La documentación de los esfuerzos para ubicar a los apoderados de los tipos anteriores debe quedar registrada en la historia clínica de la persona.

A mi entender, la persona no ha firmado ninguna directiva anticipada en la cual se designe a otra persona como su responsable para la atención médica, o en caso de haber sido designado previamente, el responsable nombrado por la persona no puede o no desea en este momento desempeñarse como responsable para la atención médica. En caso de que el responsable para la atención médica designado previamente no pueda o no desee prestar sus servicios, describa las circunstancias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado para la Atención Médica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Apoderado  
para la Atención Médica

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo: