

Potencia de Abogado Médico en el Estado de Nueva Jersey

Yo, _____, residencia en

_____, como,

hereby designate and appoint _____, residencia en

_____, as my agent
como mi agente para todo asunto relacionado a mi salud, incluyendo, pero no limitado a poder pleno para dar, rechazar o revo-
car consentimiento para todo médico, quirúrgico y cuidado de hospital. Específicamente, yo autorizo mi agente que ordene
denegación, discontinuación o retirar toda forma de tratamiento que sostiene la vida si mi agente determinar que a base de
su conocimiento de mis instrucciones personal, creencia, y sistema de valor yo no desearia tener tal tratamiento iniciado o
continuado. Esta potencia de abogado medica no será afectada por ninguna incapacidad del principal.

Firmado, sellado y entregó en la presencia de:

Firma Del Agente:
Estado de Nueva Jersey)
) ss.:
Condado de)

Firma Del Principal:

QUE SEA RECORDADO QUE EN ESTE _____ día de _____, 20____, antes mí el suscriptor, un Notario
Público del estado de Nueva Jersey, personal aparece, _____, quien estoy convensido(a) de ser la persona nombrada
y quien ejecuto este Poder de Potencia de Abogado y el mismo reconoce que firmo, sello y entrego dicha Potencia de Abogado
como un acto voluntario y hecho para utilizar su uso y propósito segun expresado.

Notary Public