**ESTADO DE ARIZONA**
**CARTA A MI(S) REPRESENTANTE(S)**
**Sobre formularios y responsabilidades de carta poder**

**A mi representante:**
Nombre: _____
Dirección: _____
_____
_____

**A mi representante alterno:**
Nombre: _____
Dirección: _____
_____
_____

**A. Lo que le pido que haga por mí:** Las leyes de Arizona me permiten tomar ciertas decisiones médicas y financieras sobre lo que deseo en el futuro si me encuentro imposibilitado o incapacitado para tomar ciertas decisiones por mí mismo. He completado el/los siguiente(s) documento(s) y quiero que sea mi representante o representante alterno para las siguientes finalidades. (Ponga sus iniciales o marque uno o más de los siguientes):

_____1. Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas
_____2. Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental

**B. Por qué nombré un Representante Alterno:** Escogí dos representantes en caso que uno de ustedes no pueda actuar por mí cuando llegue el momento. Le pido que usted acepte mi selección como mi representante o alterno. Si no me devuelve el/los formulario(s) de Carta Poder y esta carta ni me informa lo contrario, asumiré que ha aceptado ser mi representante.

**C. Sus responsabilidades como mi representante:** Al seleccionarlo, estoy diciendo que quiero que tome unas decisiones muy importantes para mí sobre mis necesidades futuras de atención médica si resulto incapaz de tomar estas decisiones por mí mismo. Puedo necesitar que usted haga cumplir mis elecciones médicas como he indicado en las Cartas Poderes adjuntas, aun si no está de acuerdo con ellas. Por favor, lea las copias de las Cartas Poderes que le estoy otorgando. Ésta es una responsabilidad muy seria de aceptar. Usted será mi voz y tomará decisiones médicas a nombre mío. Aparte de lo que he indicado en las Cartas Poderes con relación a mis instrucciones específicas sobre ciertos asuntos, estoy confiando en su criterio para tomar decisiones que usted crea que son para mi bien. Si en cualquier momento no siente que puede asumir esta responsabilidad por cualquier razón, por favor hágamelo saber. Si no está seguro sobre cualquiera de mis instrucciones, por favor hábleme al respecto. Si no está dispuesto a servir como mi representante, por favor dígamelo para que yo pueda escoger a otra persona que me ayude.

**Con respecto a la atención médica:** Usted no es responsable económicamente de pagar los costos de mi atención médica por el sólo hecho de aceptar esta responsabilidad. Según las leyes de Arizona, usted no es responsable legalmente por haber cumplido con mis decisiones como se manifiestan en las Cartas Poderes o por haber tomado decisiones de atención médica por mí si ha actuado de buena fe.

**D. Qué más debe hacer usted:** Por favor, guarde copias de mis Cartas Poderes y otros documentos en un lugar seguro. Por favor, lea estos documentos cuidadosamente y hábleme sobre mis elecciones en cualquier momento. Daré copias de mis Cartas Poderes a mi médico y daré copias de todas y cada una de estas Cartas Poderes a mi familia y a cualquier otro representante que yo eligiera. Le autorizo para que hable con ellos sobre las Cartas Poderes, incluyendo, según sea pertinente, mi situación médica o cualquier inquietud médica acerca de mí. Por favor trabaje con ellos y ayúdeles a actuar de acuerdo con mis deseos y para mi bien. Agradezco su apoyo y su disposición para ayudarme de esta manera.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____