

Cuestionario de Carta de Poder

Por favor entregue la siguiente informacion a lo mejor que pueda y regresar por correo electronico a
 jballard@probono-no.org o por correo a:
 935 Gravier Street, Suite 1340
 New Orleans, LA 70112

Por favor lea cada pregunta completamente y cuidadosamente y avisenos si tiene cualquier duda. Es importante que llene este documento completamente. No podemos proceder con su caso sin la informacion contenida en este cuestionario.

FECHA: ____ / ____ / ____

CLIENTE	
Por favor escriba su nombre con molde de letra mas abajo.	
COMPARECIENTE	
<i>Esta es la persona que le da autoridad legal a otra persona. Esta decision DEBE ser voluntaria. El/la COMPARECIENTE puede ser la misma persona como el/la CLIENTE u otra.</i>	
<i>Si esta buscando el Poder Notarial sobre otra persona, entonces usted NO es el/la compareciente. Por favor complete la seccion "Esta buscando el Poder Notarial sobre otra persona?" mas abajo.</i>	
Nombre del compareciente:	
Fecha de nacimiento:	Dia: _____ Mes: _____ Año: _____ Esta persona es menor de edad? SI / NO Esta persona es mayor de 65 años? SI / NO
Direccion actual del compareciente:	Direccion: _____ Ciudad, Estado: _____ Codigo postal: _____

Los cuatro ultimos digitos del numero de Seguro social:	
El estado civil del compareciente:	CASADO/A DIVORCIADO/A SEPARADO/A VIUDO(A) NUNCA CASADO(A)
Esposo/a de Compareciente:	El/la compareciente tiene un(a) esposo(a) vivo(a)? SI / NO
Su relacion con el/la Compareciente:	
El/la compareciente tiene alguna Carta de Poder previamente completada?	<p>SI / NO</p> <p>Si indica que SI:</p> <p>Cuando fue completada? _____</p> <p>Que tipo fue (indique todos que se aplican)? GENERAL ATENCION MEDICA DURADERA</p>

AGENTE	
<i>Esta es la persona que recibe autoridad legal sobre el/la Compareciente. Un/a agente puede ser designado/a en caso de que el primer agente no pueda actuar en nombre del Compareciente.</i>	
Por favor marque su preferencia:	
AGENTE	AGENTE Y ALTERNATIVO/A
Nombre de Agente 1:	
Fecha de nacimiento:	Dia: _____ Mes: _____ Año: _____
Direccion actual de agente 1:	Direccion: _____ Ciudad, Estado: _____ Codigo postal: _____
Su relacion con el agente:	
Se le designa a un Agente alternativo?	<p>SI / NO</p> <p>Si indica que SI, Por favor complete lo siguiente:</p>

Nombre del Agente alternativo:	Dia: _____ Mes: _____ Año: _____
La direccion actual del Agente alternativo:	Direccion: _____ Ciudad, Estado: _____ Codigo postal: _____
Su relacion con el agente alternativo:	

Esta pidiendo el Poder Notarial sobre otra persona? Si indica que SI, por favor complete lo siguiente:	
Es usted un pariente biologico del compareciente?	SI / NO Si marca que SI, por favor escriba su relacion: _____
Condiciones de vida	Esta persona vive con usted? SI / NO Esta persona vive en un centro medico o de Vivienda asistida? SI / NO Esta persona vive independientemente? SI / NO
Salud y Bienestar	Esta persona tiene una discapacidad? SI / NO Esta persona tiene una enfermedad grave? SI / NO Si indica que SI, es la enfermedad: MENTAL / FISICA Esta persona es mayor de 65 SI / NO Esta persona tiene la capacidad de comunicarse? SI / NO SI INDICA QUE SI: Es capaz de comunicarse: VERBALMENTE / NO VERBALMENTE Por favor escriba cualquier comentario adicional por lo que respecta a la salud y el bienestar: _____ _____ _____ _____ _____ _____

PODERES DADOS AL AGENTE:	
Poderes generales:	<p>El compareciente desea otorgar al Agente(s) los siguientes poderes? Indique todos que se aplican:</p> <p>Mantener toda la propiedad (incluso las cuentas, los impuestos, etc.): SI / NO Abrir y responder al correo: SI / NO Escribir cheques, pagar cuentas, aceptar cheques, etc., de cuentas bancarias: SI / NO Representar al compareciente en cualquier sucesion que pueda ocurrir: SI / NO</p>
Poderes de atencion medica:	<p>El compareciente desea otorgar al Agente(s) poder con respecto a los asuntos de la atencion medica? Marque todos que se aplican:</p> <p>Acceder a los expedients medicos: SI / NO</p> <p>Consentir a la atencion medica: SI / NO</p> <p>Contratar, pagar, y despedir a cualquier professional de salud: SI / NO</p> <p>Admitir al compareciente a cualquier centro medico recomendado por un profesional de salud cuaificado: SI / NO</p> <p>Consentir a lo siguiente: EXAMENES / TRATAMIENTO / MEDICAMENTO / CIRUJIA / TRASPLANTE DE ORGANO</p> <p>Consentir a tratamiento de dependencia quimica: SI / NO</p> <p>Consentir a procedimientos de alivio de dolor: SI / NO</p> <p>Liberar de responsabilidad de atencion medica a los profesionales/instituciones: SI / NO</p>
Decisiones adicionales	<p>Por favor escriba cualquier otra decision que quisiera que el agente sea capaz de tomar en su nombre. Si no hay NINGUNAS, deje esta seccion en blanco:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Curador	Si es necesario que se le designe a un curador para el compareciente, debe el agente anteriormente mencionado asumir ese papel? SI / NO
El/la compareciente desea asistencia con lo siguiente:	Testamento vital (Directiva anticipada): SI / NO Preparacion de testamento: SI / NO
<p>Por favor use este espacio para compartir detalles e informacion importantes:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>SOLO PARA USO OFICIAL</p> <p>FOR OFFICE USE ONLY</p> <p>Reviewed by:</p> <p>Date:</p>	<hr/> <hr/>