

REVOCACIÓN DE PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, de _____,
Illinois, habiendo realizado previamente un poder para la atención médica y habiendo decidido
que, en caso de padecer una enfermedad terminal, es mi deseo disponer que mi agente designado
esté autorizado para actuar y tomar todas las decisiones en mi nombre en relación con mi
atención personal, mi tratamiento médico, mi hospitalización y atención médica.

En virtud de lo cual, por la presente, cancelo y revoco cada una de las declaraciones que
puedo haber firmado hasta la fecha y declaro que todas esas declaraciones se considerarán nulas
y sin efecto.

Realizado en _____, Illinois el ____ de
_____ de _____ (año).

Firma del paciente

Fecha

Hora

Testigo

Fecha

Hora

REVOCACIÓN DE PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA