

**IMPORTANT NOTICE TO MEDICAL PERSONNEL**

I, \_\_\_\_\_,  
have executed a Power of Attorney for Health  
Care. My agents are:

Name	Telephone
1: _____	( ) _____
2: _____	( ) _____
3: _____	( ) _____

**AVISO IMPORANTE PARA ÉL PERSONAL MÉDICO**

Yo, \_\_\_\_\_ ,  
he firmado un Poder Notarial para el Cuidado de salud.

Mis apoderados son:

Nombre	Teléfono
1: _____	(    ) _____
2: _____	(    ) _____
3: _____	(    ) _____