

INFORMACIÓN CON RELACIÓN AL PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS

EL PRESENTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMARLO, USTED DEBE DE CONOCER LOS SIGUIENTES HECHOS:

Exceptuando el hecho de que usted declare lo contrario, este documento le otorga a la persona que usted nombre como su agente, la autoridad de tomar todas y cada una de las decisiones sobre el cuidado de la salud por usted, de acuerdo con sus deseos, incluyendo sus creencias religiosas y morales, cuando usted ya no sea capaz de tomarlas por usted mismo. Debido a que "cuidado de la salud" significa cualquier tratamiento, procedimiento o servicio para mantener, diagnosticar o tratar la condición física o mental, su agente tiene el poder de tomar una amplia gama de decisiones sobre el cuidado de la salud por usted. Su agente puede consentir, negarse a consentir o retirar su consentimiento para un tratamiento médico y tomar decisiones sobre retirar o mantener tratamientos que lo mantengan con vida. Su agente no podrá consentir en tener servicios voluntarios de salud mental fuera del hospital, tratamiento convulsivo, neurocirugía o aborto. Un médico deberá estar de acuerdo con las instrucciones de su agente o permitir que usted sea transferido a otro médico.

La autoridad de su agente comienza cuando el médico certifica que usted carece de la competencia para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.

Su agente está obligado a seguir sus instrucciones cuando tome decisiones por usted. A menos que usted declare lo contrario, su agente tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de usted mismo.

Es importante que usted hable de este documento con su médico u otro proveedor de la salud antes de firmarlo para asegurarse de que usted entiende la naturaleza y el rango de decisiones que pueden tomarse de parte suya. Si usted no tiene un médico, debe hablar con alguien que tenga conocimientos sobre estos asuntos y que le pueda contestar las preguntas que tenga. No necesita de la ayuda de un abogado para completar este documento, pero si no entiende alguna parte de este documento, deberá pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted designe debe ser alguien a quien usted conoce y en quien confía. La persona deberá tener 18 años o más o ser una persona menor de 18 años a quien se le hayan retirado las discapacidades de la minoría de edad. Si usted designa a su proveedor de salud o de hogar (por ejemplo, su médico, o un empleado de una agencia de cuidado de hogar, hospital, asilo u hogar para cuidados especiales, que no sean sus familiares), dicha persona debe escoger entre actuar como su agente o su proveedor de salud o de cuidado de hogar; la ley no permite que la misma persona haga ambas cosas a la misma vez.

Usted deberá informarle a la persona que ha designado que usted desea que sea su agente de cuidado de la salud. Usted debe hablar de este documento con su agente y su médico, y entregarle a cada uno una copia firmada. Usted debe indicar en el mismo documento las personas e instituciones que han recibido copias firmadas. Su agente no es responsable por las decisiones sobre cuidado de la salud que se hayan hecho de buena fe de parte suya.

Aun después de firmar este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud por sí mismo mientras sea capaz de hacerlo, y no se le deberá dar o retirar tratamiento si usted se opone. Usted tiene el derecho de revocar la autoridad conferida a su agente informándole a su agente o a su proveedor de cuidado de la salud o de cuidado de hogar verbalmente o por escrito o mediante su ejecución de un Poder Legal para Asuntos Médicos subsecuente. A menos que usted declare lo contrario, su designación de su cónyuge terminará si se divorcia.

Este documento no puede ser modificado ni cambiado. Si usted desea hacer cambios en el documento, usted deberá realizar uno completamente nuevo.

Puede que usted quiera designar a un agente alterno en el caso de que su agente no quiera, no pueda o no sea elegible para actuar como su agente. Cualquier agente alterno que usted designe tiene la misma autoridad para que usted tome decisiones sobre el cuidado de su salud.

ESTE PODER LEGAL NO SERÁ VÁLIDO A MENOS QUE ESTÉ FIRMADO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES. LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PODRÁN ACTUAR COMO TESTIGOS:

- (1) la persona que usted ha designado como su agente;
- (2) una persona relacionada a usted por lazos de sangre o matrimonio;
- (3) una persona con derecho a cualquier parte de su herencia luego de que usted muera mediante un testamento o codicilo testamentario ejecutado por usted o por operación de la ley.
- (4) el médico que lo atiende
- (5) un empleado del médico que lo atiende
- (6) un empleado de una instalación de cuidado de la salud en la cual usted es paciente si el empleado le está proporcionando atención médica directa a usted o es un funcionario, director, asociado o empleado de una oficina administrativa de la instalación del cuidado de la salud o de cualquier organización matriz de la instalación de cuidado de la salud; o
- (7) una persona que, en el momento que se ejecuta este poder legal para asuntos médicos, tenga algún reclamo en contra de una parte de su herencia luego de su muerte.

PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS

DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, _____ (escriba su nombre) designo a:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

como mi agente para tomar todas y cada una de las decisiones en mi lugar, excepto que yo declare lo contrario en este documento. Este Poder Legal para Asuntos Médicos entra en vigencia si yo me vuelvo incapaz de tomar decisiones sobre mi propio cuidado de la salud y este hecho es certificado por escrito por mi médico.

LAS LIMITACIONES EN LA AUTORIDAD DE TOMAR DECISIONES DE MI AGENTE SON LAS SIGUIENTES:

DESIGNACIÓN DE AGENTE ALTERNO

(No se requiere que designe un agente alterno, pero puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones sobre el cuidado de la salud como el agente designado si el agente designado no puede o no quiere ser su agente. Si el agente designado es su cónyuge, la designación es revocada automáticamente si el matrimonio se disuelve.)

Si la persona designada como mi agente está incapacitada o no quiere tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por mí, yo designo a las siguientes personas para que actúen como mi agente para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de parte mía tal y como se autoriza por parte de este documento, quienes actuarán en el orden siguiente:

A. Primer agente alter

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

B. Segundo agente alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

El original de este documento se guarda en:

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

DURACIÓN

Entiendo que este Poder Legal para Asuntos Médicos existe indefinidamente desde la fecha en que se ejecuta este documento a menos que yo establezca un periodo más corto o revoque este poder legal. Se estoy incapacitado de tomar decisiones por mi mismo sobre el cuidado de mi salud cuando este poder legal expire, la autoridad que le he conferido a mi agente continuará hasta el momento en que yo pueda tomar las decisiones por mi mismo sobre el cuidado de mi salud.

(Si es aplicable) Este poder legal termina en la siguiente fecha: _____

DESIGNACIÓN PREVIA REVOCADA

Yo revoco cualquier Poder Legal previo para Asuntos Médicos.

RECONOCIMIENTO DE TESTIMONIO INFORMATIVO

Se me ha entregado un testimonio informativo explicando el efecto de este documento. He leído y entendido la información contenida en esta declaración de revelación.

(USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER LEGAL)

Yo firmo con mi nombre en este Poder Legal en el día _____

de _____ (mes) de _____ (año) en

(Ciudad y estado)

(Firma)

(Nombre en imprenta)

DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

Yo no soy la persona designada como agente a través de este documento, no estoy relacionada con el principal ni por lazos de sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la herencia del principal a la muerte del principal. No soy el médico que atiende al principal ni un empleado del médico que lo atiende. No he presentado ningún reclamo contra ninguna parte de la herencia del principal a la muerte del principal. Además, si soy un empleado de la institución de cuidado de la salud en la cual el principal es un paciente, no estoy involucrado en proveer cuidado de paciente directamente al principal y no soy un funcionario, director, o empleado de oficina administrativa de la instalación de cuidado de la salud ni de ninguna organización matriz de la instalación de cuidado de la salud.

Firma: _____

Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Firma: _____

Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____