**Instrucciones para el poder notarial duradero para atención médica**

**Definición de términos**

**Agente**: La(s) persona(s) que usted elige para tomar decisiones por usted cuando no pueda hacerlo por sí mismo. Debe ser alguien en quien usted confíe para que tome decisiones importantes por usted, alguien que esté dispuesto a hacerlo, alguien que se pueda localizar fácilmente en caso de emergencia, y alguien que sepa o pueda aprender sobre las necesidades y los deseos específicos de usted en cuanto a la atención médica.

**Mejor interés**: Si es posible, su agente tiene que hacer todo lo que sepa que usted haría o quisiera hacer si usted pudiera tomar sus propias decisiones. Sin embargo, si su agente no sabe lo que usted elegiría, él o ella tienen que tomar la decisión que parezca ser la mejor para usted dado las circunstancias.

**Capacidad**: La capacidad de escuchar información sobre sus opciones, hacer una elección, y comunicar su decisión. Las personas reciben información y comunican sus decisiones de diferentes maneras. El que usted necesite asistencia o se comunique de una manera diferente (ya sea con un intérprete, o con un dispositivo de comunicación, o con imágenes) no significa que no tenga capacidad. Se debe proporcionarle la información de una manera en que pueda comprenderla, y usted debe obtener toda la ayuda que necesite para tomar sus decisiones y comunicarlas. Nuestra ley dice que usted tiene capacidad hasta que un juez o dos médicos decidan que no la tiene, y pongan su decisión por escrito. Eso significa que usted legalmente puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica y sobre su poder legal, siempre que un juez o dos médicos no hayan determinado que usted carece de capacidad.

**Consentimiento**: Tomar una decisión sobre la atención médica. Puede dar su consentimiento —que significa decir «sí» al tratamiento—, o puede rehusarse a dar consentimiento —que significa decir «no» al tratamiento—. Es posible que también oiga mencionar la frase «consentimiento informado», que realmente significa lo mismo… decir «sí» o «no» al tratamiento basándose en la información que le brinde su médico al respecto.

**Poder notarial duradero**: Un poder notarial duradero permanece en vigor incluso si usted se enferma o se lesiona, y deja de tener la capacidad de tomar sus propias decisiones. Cuando eso sucede, su agente comienza a tomar decisiones en nombre de usted hasta que usted se mejore y pueda volver a tomar sus propias decisiones.

**Cuidado de la salud**: El cuidado de todo su cuerpo, incluyendo su salud física y su salud mental.

**Estudio de atención médica**: A veces llamado «tratamiento experimental», es un tratamiento que puede o no ayudarle. Cada medicamento que los seres humanos hayan tomado alguna vez pasa por un período de prueba para ver si funciona como los científicos creen. Si acepta participar en un estudio de atención médica, se le informará sobre los posibles beneficios (cosas buenas que podrían suceder) y los efectos secundarios (cosas malas que podrían suceder) antes de que tome la decisión de hacerlo.

**HIPAA**: Significa «Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos**»;** Esta es una ley federal compleja y larga; pero aquí nos referimos sencillamente a la parte de esa ley que protege la privacidad de su información de atención médica para que no se divulgue a nadie sin que usted lo autorice.

**Incapaz de tomar una decisión informada**: Esta es otra forma de decir «incapacidad» o «falto de capacidad»; es lo contrario de «capacidad», por lo que significa no poder escuchar información, hacer una elección o comunicar una decisión.

**Incapacidad**: Lo contrario de «capacidad», por lo que significa no poder escuchar información, hacer una elección o comunicar una decisión.

**Tratamiento para prolongar la vida**: Atención médica que no lo mejorará, pero puede hacer que viva por más tiempo. Los tipos de atención a los que usualmente nos referimos cuando hablamos sobre «el tratamiento para prolongar la vida» incluyen un respirador para hacer que sus pulmones respiren cuando no puedan funcionar por sí mismos, y un tubo de alimentación para ingerir alimentos cuando no pueda ingerirlos por la boca. Estos tratamientos se utilizan para mantener vivo el cuerpo después del momento en que moriría si no se usaran.

**Principal**: ¡Es usted! O sea, la persona que toma las decisiones en el poder notarial y que lo firma.

**Instrucciones específicas para cada número en el ejemplo de poder notarial**

Esta línea es para su nombre legal completo. Asegúrese de poner su nombre completo aquí, y asegúrese de que sea su nombre legal, y no un apodo. Si tiene un apodo o nombre que prefiere en lugar de su nombre legal, escriba primero su nombre legal completo y luego ponga su nombre preferido entre paréntesis. Por ejemplo, si su nombre es Juan Del Pueblo, pero prefiere que lo llamen Juanito, llene así esta línea: Juan Del Pueblo (Juanito). Si alguna vez se le ha conocido por un hombre distinto, y cree que podría ser confuso si su familia u otras personas usan su nombre anterior, inclúyalo como un «AKA» («también conocido como», en inglés) o indique que tiene un «anteriormente conocido como». Por ejemplo, si su nombre de pila era Cassius Marcellus Clay, Jr., y cambió su nombre legal a Muhammad Alí, llene así esta línea: Muhammad Alí (anteriormente conocido como Cassius Marcellus Clay, Jr.).

Escriba aquí su fecha de nacimiento. Su fecha de nacimiento se usa a menudo como una manera de identificarlo/a. Puede que haya dos personas llamadas Juan Del Pueblo en el hospital, pero que no tengan la misma fecha de nacimiento. Puede escribir su fecha de nacimiento en números o en palabras. Por ejemplo, si su fecha de nacimiento es 1-enero-2015, la puede escribir así: 1 de enero de 2015 o 1/1/2015. [N. del T.: Debe recordarse que en el idioma inglés las fechas se escriben comenzando con el mes, luego el día, y luego el año].

Su «agente» es la persona que usted elige para tomar decisiones por usted cuandoquiera que usted no pueda hacerlo. La persona que elija para estar en este puesto número uno será la primera persona a la que acuda el médico si fuere necesario tomar una decisión por usted. Por eso debe escribir en este espacio el nombre de la persona que usted quiera que tenga esa responsabilidad. Escriba en esta línea el nombre legal completo de la persona. Al igual que en la línea ➊, asegúrese de poner el nombre legal completo; y si la persona tiene otro nombre preferido o un nombre anterior, ponga ese nombre entre paréntesis después del nombre legal.

Ponga la dirección de la persona en esta línea. Si no conoce la dirección, llame a la persona y solicítela. Si tiene una dirección de oficina postal, escriba tanto en la dirección de oficina postal como la dirección física en esta línea. Por ejemplo, si su agente tiene una dirección de oficina postal, esta línea podría verse así: 1234 Main Street, Anywhere, Virginia, 12345 (P.O. Box 4321, Anywhere, Virginia, 12345).

Coloque todos los números telefónicos de la persona en esta línea e identifique el tipo de número entre paréntesis tras cada número. Los tipos de números posibles incluyen: hogar, celular, trabajo, localizador, celular del trabajo, etc. Asegúrese de incluir el código de área para cada número e incluya un número de extensión, si lo hay. La línea podría verse así: 434-555-1234 (hogar); 540-555-2345 (celular); 804-555-3456 ext. 24 (trabajo).

Tiene la opción de elegir un agente sustituto o alterno en caso de que su opción número uno no esté disponible. La mayoría de las veces elegimos a una de las personas más importantes en nuestras vidas como esa opción número uno; y probablemente pasamos mucho tiempo con esa persona. ¿Qué pasaría si ambos estuvieran en el automóvil cuando haya un accidente, y su persona número uno también resulte herida? En esa situación sería muy provechoso tener una segunda persona lista para ayudar. Para eso es esta línea, para elegir a esa segunda persona. Notará que hay espacios para cuatro personas en este papel. Puede elegir a cualquier número de personas como su agente. Si elige a menos de cuatro personas, puede dejar en blanco o tachar los espacios sin utilizar. Si quiere más de cuatro personas, marque la casilla debajo de la persona número cuatro y agregue las demás en una hoja de papel que puede adjuntar al poder notarial. Escriba los nombres, direcciones y números telefónicos siguiendo las instrucciones para las líneas ➌, ➍ y ➎.

No tiene que hacer nada en este párrafo. Aquí se describe el poder que usted le está dando a su agente, y cuándo ese poder está en efecto. Su agente no tiene el poder de tomar decisiones por usted a menos que usted no tenga la capacidad de tomarlas por sí mismo, o que dos médicos concuerden en que usted no tiene dicha capacidad, y pongan por escrito su decisión. Cuando usted haya mejorado, y un médico diga que usted puede tomar sus propias decisiones nuevamente, su agente dejará de tener ese poder.

No tiene que hacer nada en este párrafo. Aquí se declara que su agente tiene que hacer lo que sepa que usted haría o quisiera hacer si pudiera tomar sus propias decisiones. Esto significa que si su agente sabe cuál elección haría usted de ser posible, su agente tiene que hacer esa elección por usted, aun si no está de acuerdo. Sin embargo, si su agente no sabe qué elegiría usted, él o ella tienen que tomar la mejor decisión para usted en vista de las circunstancias.

Esta sección resume los poderes que su agente puede tener sobre su cuidado médico. Usted puede otorgar a su agente todos los poderes enumerados, o puede tachar los que usted no quiere que su agente tenga. Sin embargo, usted tiene que pensar cuidadosamente cuántos límites pondrá a la autoridad que tendrá su agente, ya que podría quitarle poderes que le son esenciales para hacer su trabajo. En la próxima sección se explicará cada poder y también los efectos de limitar cada poder, de manera que usted pueda tomar una decisión informada. Se usará la siguiente escala cuando se explique los efectos de poner límites a los poderes:

**Extremadamente importante**: Si usted quita este poder, su agente no podrá hacer su trabajo, y todo su poder notarial se debilitará o anulará.

**Muy importante**: Si usted quita este poder, será muy difícil para su agente hacer su trabajo, y su poder notarial se debilitará.

**Importante**: Si usted quita este poder, su agente no podrá tomar ciertas decisiones que pueden afectar su tratamiento, pero no se afectará el poder de tomar otras decisiones.

**Opcional**: Si usted quita este poder, su agente no podrá hacer algo en específico, pero no se afectará el resto de los poderes.

1. **Dar o rehusar consentimiento a cualquier tipo de tratamiento médico, medicamento o procedimiento.**

Este es el poder fundamental de decir «sí» o «no» al tratamiento médico.

Consecuencias de limitar este poder: Si usted quita este poder, su agente no podrá tomar ninguna decisión médica por usted, y todo el presente documento quedará esencialmente invalidado.

**Este poder es** **extremadamente importante.**

1. **Tomar decisiones sobre tratamientos que prolongan la vida.**

Esto permite que su agente tome decisiones por usted cuando usted se encuentre en el final de su vida o en un estado vegetativo persistente (por ejemplo, un coma permanente). Las decisiones en esta etapa de la vida incluyen el usar (o el no usar) tratamientos y máquinas para prolongar la vida, tales como los respiradores y los tubos de alimentación para mantener su cuerpo con vida cuando ya no pueda realizar estas funciones por sí mismo. Es importante que usted entienda que puede necesitar **temporalmente** un tratamiento para mantenerse con vida y para que su cuerpo se recupere tras una enfermedad, lesión o cirugía. Eso es distinto a un tratamiento prolongador de la vida, del cual se espera que sea **permanente** y que no tenga probabilidades de supervivencia sin el mismo. Esta es una decisión muy personal, y se basa a menudo en los valores, las creencias religiosas y las experiencias cotidianas. Muchas personas no han pensado sobre estas decisiones difíciles, y prefieren no hacerlo. Eso no es un problema. Aquí usted solo está decidiendo si quiere que su agente tome estas decisiones en alguna ocasión que fuere necesario. Usted puede poner sus deseos por escrito en un documento llamado «testamento vital», de manera que su agente, los médicos y los seres queridos sepan exactamente lo que usted quiere.

Consecuencias de limitar este poder: Si usted tiene un testamento vital, esas instrucciones serán seguidas. Si usted no ha escrito sus instrucciones en un testamento vital, y no le da el poder a su agente para tomar la decisión, su médico irá a su pariente más cercano para tomar la decisión (cónyuge, hijos adultos, padres u otros parientes consanguíneos —en ese mismo orden—). Si hay más de una persona para tomar la decisión, puede ser que no estén de acuerdo y que riñan por la decisión. Es mejor hacer saber sus deseos y nombrar a alguien que tome estas decisiones. Si no lo hace, usted podría recibir atenciones médicas que no quiere, o podría no recibir atenciones médicas que sí quiere.

**Este poder es importante.**

1. **Solicitar, recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, sobre mi cuidado médico, y autorizar la divulgación de esta información. Quiero que esta concesión de autoridad cumpla con los requisitos de HIPAA, y que mi agente tenga pleno acceso de autoridad sobre mi información médica.**

Este poder permite que su agente hable con los médicos de usted, reciba información sobre su diagnóstico y opciones de tratamiento, y divulgue esa información a otros para conseguirle a usted la atención médica que necesita.

Consecuencias de limitar este poder: Si su agente no tiene este poder, él o ella no podrán tomar decisiones informadas sobre su cuidado y tratamiento. Él o ella no podrán recibir información de sus médicos ni dar esa información a las personas que la necesitan para cuidar de usted.

**Este poder es extremadamente importante.**

1. **Contratar y despedir a mis proveedores de atención médica.**

Este poder permite que su agente obtenga una segunda opinión de otro médico. También permite que su agente le consiga un nuevo médico si recibe un diagnóstico distinto y necesita otro tipo de médico. Y aun también permite que su agente despida a un médico que ya no satisface sus necesidades ni hace lo que usted quiere.

Consecuencias de limitar este poder: Sin este poder, su agente no podrá obtener una segunda opinión para problemas de salud severos, ni obtenerle un médico diferente si su médico actual no puede satisfacer sus necesidades.

**Este poder es muy importante.**

1. **Tomar decisiones sobre la visita que armonicen con cualquier deseo conocido por mi agente durante cualquier tiempo en que yo esté admitido/a en cualquier centro de salud.**

Este poder permite que su agente limite quiénes pueden venir a verlo/a cuando usted esté en el hospital. Es posible que el hospital tenga sus propias reglas (por ejemplo, solo los familiares pueden visitarle si está en la unidad de cuidados intensivos) y que su agente no pueda invalidar estas reglas. Pero si usted le da este poder a su agente, él o ella puede crear limitaciones aún más estrictas. Este poder puede ser particularmente provechoso si en su vida hay personas que usted no quisiera que lo/a visiten. Usted también puede crear una lista de personas que quiere mantener apartadas de usted, y puede adjuntarla a su poder notarial.

Consecuencias de limitar este poder: Si usted quita este poder, su agente no podrá decidir quién puede visitarlo/a, y no podrá limitar los visitantes. Las únicas limitaciones a visitantes serán las reglas del hospital y del pabellón donde esté recibiendo tratamiento.

**Este poder es opcional.**

1. **Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica que sea aprobado por las leyes federales y estatales y que tenga posibilidades de beneficio terapéutico para mí.**

Este poder permite que su agente dé consentimiento a su participación en tratamientos experimentales, tales como las pruebas de nuevos medicamentos. A veces un médico propone un medicamento o tratamiento experimental cuando ninguno de los demás métodos ha funcionado; y a veces un médico piensa que el medicamento o tratamiento experimental es la mejor esperanza de una cura. En algunas pruebas, la mitad de los participantes recibe el medicamento y la otra mitad recibe un placebo (una pastilla o tratamiento no dañino que no tiene beneficio alguno para la persona), y usted no sabe a cuál grupo pertenece. La decisión de participar en las pruebas experimentales es una decisión personal; y no hay respuesta correcta ni incorrecta.

Consecuencias de limitar este poder: Si usted quita este poder, su agente no podrá dar consentimiento a ningún medicamento o tratamiento experimental que su médico ofrezca.

**Este poder es generalmente opcional, pero puede ser importante para ciertos tipos de enfermedades.**

1. **Autorizar mi ingreso y salida de cualquier hospital, hospicio, asilo para ancianos, u otro centro de salud, excepto un centro de salud mental.**

Este poder permite que su agente le consiga ingreso al tipo de institución médica que fuere necesario para satisfacer sus necesidades médicas. También permite que su agente le saque de dicha institución cuando deje de necesitarla.

Consecuencias de limitar este poder: Si usted quita este poder, su agente no podrá conseguirle ingreso a una institución médica para satisfacer sus necesidades en caso de que no se puedan satisfacer como paciente ambulatorio. Comoquiera podría ingresar para cualquier atención de emergencia, pero su agente no podrá conseguirle ingreso para otros tratamientos, tales como atención médica ordinaria, cirugías o atención de largo plazo. A su agente tampoco se le permitirá tomar decisiones sobre su alta, y su alta puede retrasarse.

**Este poder es muy importante.**

1. **Comunicarse con las aseguradoras de salud sobre mi cuidado y tratamiento para organizar la autorización y el pago por los servicios.**

Este poder permite que su agente hable y negocie con sus proveedores de seguros médicos para que puedan pagar su atención médica. Muchos seguros requieren que se obtenga una autorización antes de que se provea la atención médica y el tratamiento. Así que, su agente pudiera tener que negociar con ellos antes de que usted pueda recibir la atención médica que necesita.

Consecuencias de limitar este poder: Si usted quita este poder, su agente no podrá negociar el pago por los servicios, y es posible que usted no reciba la atención médica que necesita.

**En este poder es muy importante; y si su compañía de seguros requiere una autorización antes de que usted reciba la atención médica necesaria, este poder es extremadamente importante.**

1. **Tomar cualquier acción licita que sea necesaria para ejecutar estas decisiones, incluyendo la concesión de exenciones de responsabilidad a los proveedores médicos.**

Este poder permite que su agente firme los formularios de consentimiento para el tratamiento que él o ella haya elegido para usted. Los poderes mencionados anteriormente permiten que su agente tome decisiones por usted; pero este poder permite que él o ella firme los documentos jurídicos requeridos antes de que se le brinde a usted la atención médica.

Consecuencias de limitar este poder: Si usted quita este poder, su agente no podrá firmar los formularios de autorización para la divulgación de información médica, los cuales se requieren antes de que a usted se le dé cualquier tratamiento de gran envergadura (tal como una cirugía).

**Este poder es extremadamente importante.**

1. Poderes adicionales, si los hay:

Este espacio permite que usted pueda agregar algún poder que no esté enumerado anteriormente.

Usted no tiene que hacer nada con este párrafo. Solo dice que el documento se mantendrá en efecto durante cualquier tiempo en el cual usted no tenga capacidad de tomar sus propias decisiones. También hace ver claramente que usted seguirá tomando sus propias decisiones mientras sea capaz, y que su agente solo tendrá la autoridad de tomar decisiones por usted cuando usted no lo pueda hacer por sí mismo/a.

Usted no tiene que hacer nada con este párrafo. Solo dice que si usted ha escrito alguna vez un poder notarial previo a este, el anterior dejará de ser válido, y que todos deberán seguir el presente poder notarial.

Firmas

Usted no tiene que hacer nada con este párrafo. Solo dice que usted tiene la capacidad de firmar el presente documento.

Use esta línea para firmar su documento cuando todo esté completo y correcto. Ponga su firma (nombre legal completo) y asegúrese de poner la fecha en la línea incluida con ese propósito. Algunas personas no pueden firmar; y en lugar de la firma ponen una marca. Eso está bien porque los testigos enumerados más adelante podrán presenciar que la persona pone su marca en la página a modo de firma.

Ponga su nombre en esta línea. Debe poner su nombre exactamente como aparece en la línea ➊.

Estas líneas son para que sus testigos firmen dando fe de que le vieron firmar el papel. Ellos deben firmar (sus nombres legales) y asegurarse de poner la fecha en la línea incluida con ese propósito. Las fechas de las firmas de los testigos deben coincidir con la fecha de la firma de usted, porque ustedes deben firmar el papel los unos frente a los otros. Los testigos no tienen que conocerle a usted. Ellos sencillamente están atestiguando que usted está firmando el papel voluntariamente.

**Nota sobre los notarios**: La ley de Virginia no exige que un poder notarial para atención médica esté notarizado; pero es una buena idea si le es posible. Si usted consigue que le notaricen el documento, aparecerá aquí debajo de las firmas. Si usted usa un notario, sus testigos y usted deben firmar el documento en presencia del notario, y todas las fechas deben coincidir. Es probable que a usted se le exija presentar una identificación al notario, porque él o ella deben verificar que usted sea la persona correcta que firma el papel.

**Poder notarial duradero para la atención médica**

Yo, , (nacido/a el ), intencional y voluntariamente escribo este documento de voluntad anticipada para asegurarme de que, en tiempos de incapacidad, mis elecciones sobre atención médica sean realizadas, aun cuando no pueda tomar decisiones informadas por mi cuenta.

Nombramiento de agente

Yo nombro los siguientes agentes, en orden de prioridad, para que tomen decisiones por mí con respecto a mi atención médica, según lo autoriza el presente documento:

1. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

2. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

3. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

4. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

🞏 Tengo más agentes alternos enumerados en una página aparte.

Concedo a mi agente todo el poder y la autoridad de tomar decisiones sobre mi cuidado médico, como se describe más adelante, cuandoquiera que yo sea incapaz de tomar una decisión informada. Antes de que mi agente tenga cualquier autoridad para tomar decisiones por mí, tiene que haber una determinación de capacidad por escrito, como lo requiere la ley. Si algún médico me examina y determina que tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones, toda decisión posterior sobre el cuidado médico requerirá mi consentimiento informado.

Al tomar decisiones sobre el cuidado médico para mí, mi agente debe seguir mis deseos y mis preferencias como están indicadas aquí o como los conozca. Si mi agente no puede determinar cuál decisión sobre cuidado médico yo elegiría para mí mismo/a, entonces —y solo entonces— él o ella debe tomar la decisión basándose en lo que él o ella cree que es lo mejor para mis intereses.

Poderes del agente

Doy a mi agente el poder de…

1. Dar o rehusar consentimiento a cualquier tipo de tratamiento médico, medicamentos y procedimientos.
2. Tomar decisiones sobre el tratamiento de prolongación de vida.
3. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, sobre mi cuidado médico, y autorizar la divulgación de esta información. Quiero que esta concesión de autoridad cumpla con los requisitos de HIPAA, y que mi agente tenga pleno acceso de autoridad sobre mi información médica.
4. Contratar y despedir a mis proveedores de atención médica.
5. Tomar decisiones sobre la visita que armonicen con cualquier deseo conocido por mi agente durante cualquier tiempo en que yo esté admitido/a en cualquier centro de salud.
6. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica que sea aprobado por las leyes federales y estatales y que tenga posibilidades de beneficio terapéutico para mí.
7. Autorizar mi ingreso y salida de cualquier hospital, hospicio, asilo para ancianos, u otro centro de salud, excepto un centro de salud mental.
8. Comunicarse con las aseguradoras de salud sobre mi cuidado y tratamiento para organizar la autorización y el pago por los servicios.
9. Tomar cualquier acción licita que sea necesaria para ejecutar estas decisiones, incluyendo la concesión de exenciones de responsabilidad a los proveedores médicos.
10. Poderes adicionales, si los hay:

Esto es un poder notarial duradero, y no caducará con mi incapacidad. Este poder existe solamente para las decisiones de cuidado médico a las cuales soy incapaz de dar consentimiento informado.

Revocación de las designaciones previas: Revoco cualquier poder notarial previo tocante a la atención médica.

Firmas

AFIRMACIÓN: Soy mentalmente capaz de crear este documento de voluntad anticipada, y entiendo su propósito y efecto.

Firma Fecha

Doy fe de que firmó voluntariamente este documento de voluntad anticipada en mi presencia.

Testigo Fecha

Testigo Fecha

**DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN VIRGINIA**

Yo, , (nacido/a el ), intencional y voluntariamente escribo este documento de voluntad anticipada para asegurarme de que, en tiempos de incapacidad, mis elecciones sobre atención médica sean realizadas, aun cuando no pueda tomar decisiones informadas por mi cuenta.

Nombramiento de agente

Yo nombro los siguientes agentes, en orden de prioridad, para que tomen decisiones por mí con respecto a mi atención médica, según lo autoriza el presente documento:

1. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

2. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

3. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

4. Nombre:

Dirección:

Números telefónicos:

Concedo a mi agente todo el poder y la autoridad de tomar decisiones sobre mi cuidado médico, como se describe más adelante, cuandoquiera que yo sea incapaz de tomar una decisión informada. Antes de que mi agente tenga cualquier autoridad para tomar decisiones por mí, tiene que haber una determinación de capacidad por escrito, como lo requiere la ley. Si algún médico me examina y determina que tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones, toda decisión posterior sobre el cuidado médico requerirá mi consentimiento informado.

Al tomar decisiones sobre el cuidado médico para mí, mi agente debe seguir mis deseos y mis preferencias como están indicadas aquí o como los conozca. Si mi agente no puede determinar cuál decisión sobre cuidado médico yo elegiría para mí mismo/a, entonces —y solo entonces— él o ella debe tomar la decisión basándose en lo que él o ella cree que es lo mejor para mis intereses.

Poderes del agente

Doy a mi agente el poder de…

1. Dar o rehusar consentimiento a cualquier tipo de tratamiento médico, medicamentos y procedimientos.
2. Tomar decisiones sobre el tratamiento de prolongación de vida.
3. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, sobre mi cuidado médico, y autorizar la divulgación de esta información. Quiero que esta concesión de autoridad cumpla con los requisitos de HIPAA, y que mi agente tenga pleno acceso de autoridad sobre mi información médica.
4. Contratar y despedir a mis proveedores de atención médica.
5. Tomar decisiones sobre la visita que armonicen con cualquier deseo conocido por mi agente durante cualquier tiempo en que yo esté admitido/a en cualquier centro de salud.
6. Autorizar mi participación en cualquier estudio de atención médica que sea aprobado por las leyes federales y estatales y que tenga posibilidades de beneficio terapéutico para mí.
7. Autorizar mi ingreso y salida de cualquier hospital, hospicio, asilo para ancianos, u otro centro de salud, excepto un centro de salud mental.
8. Comunicarse con las aseguradoras de salud sobre mi cuidado y tratamiento para organizar la autorización y el pago por los servicios.
9. Tomar cualquier acción licita que sea necesaria para ejecutar estas decisiones, incluyendo la concesión de exenciones de responsabilidad a los proveedores médicos.
10. Poderes adicionales, si los hay:

Esto es un poder notarial duradero, y no caducará con mi incapacidad. Este poder existe solamente para las decisiones de cuidado médico a las cuales soy incapaz de dar consentimiento informado.

Revocación de las designaciones previas: Revoco cualquier poder notarial previo tocante a la atención médica.

Firmas

AFIRMACIÓN: Soy mentalmente capaz de crear este documento de voluntad anticipada, y entiendo su propósito y efecto.

Firma Fecha

Doy fe de que firmó voluntariamente este documento de voluntad anticipada en mi presencia.

Testigo Fecha

Testigo Fecha