

# Información Con Relación Al Poder Legal Para Asuntos Médicos

## **El Presente Es Un Documento Legal Importante. Antes De Firmarlo, Usted Debe Conocer Los Sigüientes 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. Asegurese que 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 conocimiento sobre estos asuntos y que le pueda contestar las preguntas que tenga. No necesita la ayuda de un abogado para completar este documento, pero si no entiende alguna parte de éste deberá pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted designe debe ser alguien a quien usted conozca 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 informar 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.

Aún 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 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 totalmente 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 Está Firmado En Presencia De Dos Testigos Adultos Competentes.**

### **Las Sigüientes Personas No Podrán Actuar Como El Primer Testigo:**

- (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 su muerte, mediante un testamento o codicilo testamentario ejecutado por usted o por operación de la ley;
- (4) su médico de cabecera;
- (5) un empleado de su médico de cabecera;
- (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 entrará en vigencia encaso de no poder tomar decisiones sobre mi propio cuidado de la salud. Este hecho será certificado por escrito por mi médico.

## Las Limitaciones En La Autoridad De Tomar Decisiones De Mi Agente Son Las Siguietes:

---

### Designación De Agente Alterno

(No se requiere el designar un agente alterno, pero puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones sobre el cuidado de la salud como el agente designado, en caso de que el agente designado no pueda o no quiera ser su agente. De ser su coñyuge el agente designado y en caso de disolverse el matrimonio, esta designación será revocada.)

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

#### A. Primer agente alterno

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 existirá indefinidamente desde la fecha en que se ejecuta este documento a menos que yo establezca un periodo más corto o revoque este poder legal. Si 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, año) en

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

**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 mismo. 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 letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Firma Del Segundo Testigo**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_