



Declaración De Última Voluntad y Carta De Poder Ilimitado Para Cuidados Médicos

Fecha de las Instrucciones: _____

Nombre de la persona que completa las Instrucciones: _____

Fecha de las Instrucciones: _____

Declaración de Última Voluntad

Instrucciones para Suspender o Proporcionar Tratamiento

En plenitud de mis facultades, libre y voluntariamente hago saber mi deseo de que no se prolongue mi vida artificialmente bajo las circunstancias que se establecen a continuación. Estas instrucciones entrarán en efecto únicamente si no tengo la habilidad para comunicar mis deseos y:

- a.) Tengo una lesión, enfermedad, mal o condición incurable y los dos médicos que me examinaron certificaron que:
 - 1. Dicha lesión, enfermedad, mal o condición es terminal;
 - 2. Que el procedimiento para el sostenimiento artificial de la vida sólo serviría para prolongar artificialmente mi vida;
 - 3. Que mi muerte es inminente, ya sea que se utilicen o no procedimientos para el sostenimiento artificial de la vida;
- b.) Me han diagnosticado que estoy en un estado vegetativo permanente. En dicho caso, pido que la expresión marcada a continuación en cuanto a mi deseo sea seguida **y** que se administre cualquier tratamiento o cuidado médico necesario para mantenerme **libre de dolor o sufrimiento**.

Marque una de las siguientes casillas y escriba sus iniciales en la línea inmediatamente después:

- Pido que se me proporcione todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico necesario para restaurar mi salud y mantenerme con vida. Si es probable que muriera principalmente por desnutrición o deshidratación en vez de por causa de mi lesión, enfermedad, mal o condición; no se me debe suspender o retirar la alimentación e hidratación; sea artificial o no.
- Pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico, incluso los procedimientos para el sostenimiento artificial de la vida; pero si como resultado es probable que muriera principalmente por desnutrición o deshidratación en vez de por causa de mi lesión, enfermedad, mal, o condición; pido que no se suspenda la alimentación e hidratación, sea artificial o no, como sigue a continuación: (Si no marca ninguna de las siguientes casillas o no escribe sus iniciales en la línea inmediatamente después, se administrará entonces alimentación e hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no.)

Marque una de las siguientes casillas y coloque sus iniciales en la línea inmediatamente después:

- A. Se debe administrar solo hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no;
- B. Se debe administrar solo alimentación de cualquier tipo, ya sea artificial o no;
- C. Se debe administrar ambos alimentación e hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no.
- Pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico, y que igualmente se suspenda la administración de alimentación e hidratación artificial.

continued

Estas Instrucciones serán la expresión final de mi derecho legal de rechazar o aceptar un tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de dicho rechazo o aceptación.

Si se diagnostica que estoy embarazada, estas Instrucciones no tendrán efecto durante mi embarazo.

Entiendo la importancia absoluta de estas Instrucciones y estoy mentalmente competente para realizar estas Instrucciones. Ninguna persona que participe en la preparación o lleve a la práctica estas Instrucciones será responsable de manera alguna por el hecho de cumplir con mis deseos.

Carta De Poder Ilimitado Para Cuidados Médicos

1. Designación del Agente

Ninguno de los siguientes puede ser designado como su agente: (1) el proveedor de sus cuidados médicos; (2) un empleado del proveedor de sus cuidados médicos que no es su familiar; (3) un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad; o (4) el empleado de un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad que no es familiar. Si el agente o un agente alternativo designado en estas Instrucciones es mi cónyuge y después se disuelve nuestro matrimonio, dicha designación debe ser cancelada.

Por medio de la presente designo y nombro como mi abogado de hecho (agente) al siguiente individuo para que tome por mí las decisiones sobre la atención médica de acuerdo con lo autorizado en estas Instrucciones. (Escriba el nombre, dirección y número telefónico de solamente una persona, como su agente para que tome por usted las decisiones sobre sus cuidados médicos)

Nombre del Agente de Cuidado Médicos: _____

Dirección del Agente de Cuidados Médicos: _____

Número Telefónico del Agente de Cuidados Médicos: _____

Para efectos de estas Instrucciones, cuando se habla de “decisiones sobre los cuidados médicos” significa consentimiento, rechazo del consentimiento o detención del consentimiento de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para sostener, diagnosticar o tratar la condición física de un individuo.

2. Preparación de la Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos

En esta parte de las Instrucciones, preparo una Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos. Esta Carta de Poder no será afectada por mi subsiguiente incapacidad. Esta Carta de Poder entrará en efecto sólo cuando no pueda comunicarme coherentemente.

3. Declaración General para Conceder Autoridad

Sometido a cualquier limitación en estas Instrucciones, incluyendo lo establecido en el párrafo 2 arriba, por medio de la presente otorgo a mi agente, poder y autoridad total para que tome por mí decisiones sobre cuidados médicos, de la misma manera que yo tomaría dichas decisiones si tuviera la habilidad para hacerlo. Al ejercitar tal autoridad, mi agente tomará decisiones sobre los cuidados médicos conforme a mis deseos, según lo establecido en estas Instrucciones o de otro modo conocidas por mi agente incluyendo, pero no limitado a mis deseos respecto a recibir, rechazar o suspender atención, tratamiento, servicios o procedimientos que prolonguen la vida, abarcando los deseos establecidos en la Declaración de Última Voluntad o documento similar ejecutado por mí, si lo hay. (Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar decisiones sobre su cuidado médico, puede expresar las limitaciones en el párrafo 4 [“Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones”], que aparece a continuación. Puede indicar sus deseos incluyendo una manifestación de sus deseos en el mismo párrafo.)

4. Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones

Su agente debe tomar las decisiones sobre su cuidado médico en conformidad con los deseos que usted ha expresado.

- No es necesario, pero si desea usted puede expresar sus deseos en el espacio proporcionado abajo.
- Considere incluir una declaración de sus deseos con respecto a los cuidados, tratamientos, servicios y procedimientos para prolongar la vida.

- Puede incluir una declaración de sus deseos con respecto a otros asuntos relacionados con su cuidado médico, también puede incluir una lista de una o más personas a las cuales haya designado para recibir información médica sobre usted y/o que puedan visitarle en una institución médica.
- Puede dar a conocer sus deseos al agente, ya sea verbalmente o a través de otros medios.
- Si hay algún tratamiento que no desea que se use, debe expresarlo en el espacio proporcionado abajo. Si quiere limitar de alguna forma la autoridad que estas Instrucciones otorgan a su agente, debe manifestarlo también en el espacio proporcionado.
- Si usted no expresa límite alguno, su agente tendrá amplio poder para tomar decisiones en cuanto a su cuidado médico, excepto las que limite la ley.

Al ejercitar la autoridad que confiere esta Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos, mi agente deberá actuar conforme a mis deseos según lo establecido a continuación y deberá estar sometido a las disposiciones especiales y a las limitaciones establecidas en la Declaración de Última Voluntad o documento similar ejecutado por mí, si lo hay. Declaración de deseos, disposiciones especiales y limitaciones adicionales:

(Si necesita más espacio para expresar sus deseos, puede agregar hojas o documentos adicionales.)

5. Verificación y Declaración de la Información Relacionada con mi Salud Física o Mental

- A. *Otorgamiento General de Poder y Autoridad.* Mi agente, sometido a cualquier limitación en estas Instrucciones, tiene poder y autoridad para llevar a cabo todo lo siguiente: (1) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, respecto a mi salud física o mental incluyendo, pero no limitado a expedientes de hospital y médicos; (2) Completar en mi nombre cualquier documento de entrega u otros documentos que sean necesarios a fin de obtener esta información; (3) Consentimiento para revelar esta información; y (4) Consentimiento para la donación de cualquiera de mis órganos con fines médicos. (Si desea limitar la autoridad de su agente para recibir y revelar información relacionada con su cuidado médico, debe expresar las limitaciones en el párrafo 4 [“Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones”], en el espacio arriba.)
- B. *Autoridad para entregar información según HIPAA.* Mi agente debe ser tratado como se me trataría a mí con respecto a mis derechos en cuanto al uso y revelación de información sobre mi salud u otros de mis expedientes médicos personales. Esta autoridad para revelar información se aplica a cualquier información regulada por el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, (por sus siglas en Inglés HIPAA – El Acta de 1996 de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos), 42 U.S.C. 1320d y 45 CFR 160 a 164. Yo autorizo a cualquier médico, profesional de cuidados médicos, dentista, plan médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, proveedor de cuidados médicos cubiertos, cualquier compañía de seguros, al Medical Information Bureau, Inc., u otro centro coordinador de cuidados médicos que me haya proporcionado tratamiento o servicios, o que haya pagado o pedido que yo pagara por dichos servicios, para que proporcionen, revelen o entreguen a mi agente, sin restricción alguna, toda información o mis expedientes médicos personales relacionados con cualquier estado de salud mental o física pasada, presente o futura, incluyendo toda información relacionada con el diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedades mentales o abuso de drogas y alcohol. La autoridad otorgada a mi agente reemplaza cualquier otro acuerdo que yo pudiera haber hecho con mis proveedores de cuidado médico con objeto de impedir el acceso o la revelación de mi información médica personal. La autoridad otorgada a mi agente no tiene fecha de vencimiento y vencerá sólo si yo cancelo dicha autoridad por escrito y la entregue a mi proveedor de cuidados médicos.

continued

6. Firma de los Documentos, Renuncias y Revelación de Información

Si llega a ser necesario ejecutar las decisiones sobre los cuidados médicos que mi agente está autorizado a tomar de acuerdo a estas Instrucciones, mi agente tiene poder y autoridad para ejecutar en mi nombre lo siguiente: (a) Documentos titulados, o que alegan ser, un “Rechazo para Aceptar Tratamiento” y/o “Salir del Hospital contra Indicaciones Médicas”; y (b) ejecutar cualquier renuncia o liberación de responsabilidades necesaria por el hospital o médico.

7. Designación de Agentes Alternos

No es necesario designar agentes alternos, pero puede hacerlo si desea. En caso de que el agente designado en el párrafo 1 arriba, no pueda o no tenga derecho a actuar; cualquier agente alternativo que usted escoja puede de la misma manera tomar decisiones sobre los cuidados médicos. Si asigna a su cónyuge como agente alternativo y más adelante su matrimonio se disuelve, este no tendrá derecho a actuar como su agente.

Si la persona asignada como mi agente en el párrafo 1 no está disponible o no tiene derecho a actuar como mi agente para tomar decisiones sobre mis cuidados médicos o si pierde la habilidad mental para tomar decisiones sobre mis cuidados médicos o si cancelo el nombramiento o autoridad de tal persona para actuar como mi agente, entonces asigno y nombro a las siguientes personas para que sirvan como mis agentes a fin de que tomen decisiones sobre mis cuidados médicos, según lo autorizado por estas Instrucciones. Dichas personas asumirán esta función en el orden que se menciona a continuación:

A. Primer agente alternativo:

Nombre _____

Dirección _____

Número telefónico _____

B. Segundo agente alternativo:

Nombre _____

Dirección _____

Número telefónico _____

C. Tercer agente alternativo:

Nombre _____

Dirección _____

Número telefónico _____

8. Cancelación de las Designaciones Previas

Cancelo cualquier Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos previos.

Fecha y Firma del Poderdante

Debe firmar y colocar la fecha en esta Declaración de Última Voluntad y Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos.

Yo firmo mi nombre en este Documento Legal Declaración de Última Voluntad y Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos en la fecha establecida al principio de este Documento en _____, _____ (Ciudad, Estado).

Firma

Fecha