

## Poder legal Duradero para decisiones Médicas

■ **Lleve una copia con usted siempre que vaya al hospital o cuando salga de viaje** ■

Es importante que elija a alguien para que haga las decisiones de salud cuando usted ya no pueda comunicar esas decisiones usted mismo. La persona que usted elija, debe saber que tipos de tratamiento usted quiere. Esa persona será su agente. Él o ella tendrán el derecho de tomar decisiones sobre su cuidado médico. Si usted **NO ELIGE** a alguien para hacer las decisiones por usted, escriba **NINGUNA** en la línea del nombre del agente.

Yo \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ (opcional) designo a la persona señalada en este documento para ser mi agente en las decisiones medicas

Este documento es un Poder Legal Duradero para Decisiones Medicas. El poder de mi agente no termina si yo me encuentro incapacitado(a) o si no hay seguridad de que estoy vivo. Este documento revoca cualquier Poder Legal Duradero para Decisiones Médicas hecho con anterioridad. Mi agente no puede nombrar a ninguna otra persona para que decida por mí. Mi agente y mis cuidadores están protegidos de cualquier reclamo/demanda que se base en seguir las instrucciones de este Poder Legal Duradero para Decisiones Medicas. Mi agente no será responsable de ningún costo asociado a mi cuidado médico. Le doy a mi agente todo el poder de tomar todas las decisiones de tratamientos médicos en mi nombre, incluyendo el poder de solicitar el mantenimiento o el retiro de tratamiento s que prolongan la vida que incluyen nutrición artificial/alimentación y o hidratación por sonda. Mi agente esta autorizado para:

- Aceptar, rechazar, o terminar la autorización de cualquier cuidado, procedimiento, diagnóstico, tratamiento, o mantenimiento de condición física o mental incluyendo alimentación o hidratación artificial.
- Permitir, rechazar, o terminar la autorización para participar en cualquier investigación regulada relacionada con mi enfermedad o situación.
- Hacer los arreglos necesarios para cualquier hospital, centro de tratamiento psiquiátrico, asilo, centro de enfermos terminales, u otra organización para el cuidado de la salud; incluyendo contratar y despedir personal especializado en salud (cualquier persona que este autorizada o permitido bajo la ley estatal para ofrecer servicios de cuidado de salud) tal como él o ella sientan necesario para mi bienestar físico, mental o emocional.
- Solicitar, recibir, revisar y autorizar el envío de cualquier información con respecto a mi salud física y mental, o acerca de cualquier asunto personal incluyendo registros médicos y hospitalarios, así como la autorización de divulgación que se requiera para obtener dicha información
- Trasládamme dentro o fuera de cualquier Estado o institución
- Tomar acciones legales de ser necesario
- Tomar decisiones acerca de la autopsia, donación de órganos y tejidos y la disposición de mi cuerpo en conformidad con la ley estatal; y
- Convertirse en mi tutor legal de ser necesario.

En la ejecución de este poder, espero que mi Agente se guie por mis instrucciones tal como las hemos discutido con antes de esta fecha y/o para ser guiada por mis directivas de salud (ver siguiente hoja)

*Si usted no desea que el Agente que usted nombre lleve a cabo una o varios de los enunciados, cruce con una línea en la declaración que quiere anular y ponga sus iniciales al final de la línea.*

Nombre del Agente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

*Si no desea tener nombrar un sustituto, escriba "ninguno."*

Nombre del Agente sustituto \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### Ejecución y Fecha para efecto de la asignación

La autorización para mi agente es efectiva inmediatamente con el propósito limitado de tener acceso a mi historial médico y para conversar con mis médicos y proveedores de salud sobre mi condición. La autorización de mi agente para llevar a cabo las decisiones relacionadas con mi cuidado médico en mi nombre, será efectivas solo y en el momento en el que yo ya no sea capaz de tomar mis propias decisiones.

**FIRME AQUÍ** las formas para el Poder legal Duradero y/o Decisiones médicas. Algunos estados requieren firma ante notario público. Es recomendable que todas las personas lo hagan en todos los estados. Pídale a dos personas que no tengan injerencia en sus dinero o sus bienes raíces, que sean testigos de su firma.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Notario Público

En este mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ en el año de \_\_\_\_\_, comparecen ante mí la persona firmante, y es de mi conocimiento que es la persona que ha llenado este documento y declarando estar en competencia y que actúa por sí mismo. COMO TESTIGO sello el presente documento en el Condado de \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_ en la fecha ya señalada.

Notario Público \_\_\_\_\_

Termino de comisión \_\_\_\_\_

# Indicaciones de Tratamiento Medico

Yo \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_ (opcional) deseo que sea de conocimiento de todos los que se ocupan de mi , cual es el tipo de cuidado médico que deseo.

Yo quiero siempre recibir cuidado y tratamiento [para el dolor y /o malestares aun cuando dicho cuidado afecte como duermo, como o respiro].

Yo quiero que mi muerte sea lo más natural posible. Luego entonces, solicito que no se me administre ningún tratamiento (incluyendo alimentos y agua vía entubación) solo para mantener mi cuerpo vivo cuando:

- Presente una condición de muerte cercana
- Una condición en tan mal estado (incluyendo daño o enfermedad cerebral) que no tengo una esperanza razonable de obtener una calidad de vida aceptable para mi.

Una calidad de vida aceptable para mi es aquella que incluye los siguientes capacidades y valores (describa aqui lo que le es mas importante para usted cuando esté tomando la decisión de elegir o rechazar tratamiento de sostenimiento de vida)

---

---

---

---

Ejemplos:           • poder reconocer a familia y amigos       • tomar decisiones           • comunicarme  
                         • alimentarme por mi mismo           • ser autosuficiente           • poder responder a mi entorno

Deseo que mi doctor utilice tratamientos de limitada duración cuando el objetivo es restaurar mi salud o para apoyarme para poder experimentar una vida consistente con mis valores y deseos. Deseo que esos tratamientos sean terminados cuando no logren ese objetivo y se vuelvan demasiado gravosos para mí.

Dentro de estos tratamientos de limitada duración con los cuales no estoy de acuerdo bajo ninguna circunstancia sol los siguientes:

---

---

Ejemplos:           • resucitación (CPR)                               • diálisis                               • ventilador pulmonar  
                         • alimentación parenteral                       • quimioterapia                       • transfusiones  
                         • antibióticos                                       • cirugías

Al final de mi vida espero que mi agente (si es que tengo alguno) y mis cuidadores respeten mis deseos, valores e indicaciones (directivas)

***Asegúrese de firmar la página al reverso aun si usted ha decidido no nombrar a nadie como su agente ni firmar Poder legal Duradero para decisiones Médicas***

Si usted solo quiere nombrar a su agente a través de la firmar Poder legal Duradero para decisiones Médicas, cruce esta página con una X

**Hable sobre este documento con la persona con la persona que ha elegido para que haga decisiones por usted, con sus doctores, su familia y amigos y sus representantes religiosos. Dele a cada uno una copia ya llena.**

Usted puede cancelar o cambiar esta forma en cualquier momento. Debe revisarla con frecuencia. Cada vez que la revise, ponga sus iniciales y la fecha aquí \_\_\_\_\_

Este document le ha sido proporcionado por el El Centro de Bioética Aplicada  
Para más información, llame al El Centro de Bioética Aplicada al 816-221-1100  
Correo Electronico – bioethics@PracticalBioethics.org \* Sitio Internet – www.PracticalBioethics.org