

# DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y CARTA DE PODER ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

Fecha de las Instrucciones: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa las Instrucciones: \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que completa las Instrucciones: \_\_\_\_\_

## **Declaración de última voluntad** **Instrucciones para suspender o proporcionar tratamiento**

1. 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 o irreversible, y un médico que me ha examinado ha certificado que:

1. Dicha lesión, enfermedad o condición es terminal;
2. Que el procedimiento para el sostenimiento artificial de la vida solo 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.

**O**

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 que hay al lado:

\_\_\_\_\_ Pido que se me proporcione todo tratamiento, cuidado y 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.

**O**

\_\_\_\_\_ Pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado y 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 casillas o no escribe sus iniciales en la línea que hay al lado, se administrará entonces alimentación e hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no.)*

Marque una de las casillas y escriba sus iniciales en la línea que hay al lado:

\_\_\_\_\_ 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.

0

\_\_\_\_\_ Pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado y procedimiento médico y que igualmente se suspenda la administración de alimentación e hidratación artificial.

2. Si se diagnostica que estoy embarazada, estas Instrucciones no tendrán efecto durante mi embarazo.
3. 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.
4. Marque una de las casillas y escriba sus iniciales en la línea que hay al lado:

\_\_\_\_\_ He hablado acerca de estas decisiones con mi médico y completado el formulario "Órdenes para el médico respecto al alcance del tratamiento" (POST por sus siglas en inglés) que contiene instrucciones que podrían ser más específicas, pero que son compatibles, con estas Instrucciones. Por medio de la presente apruebo esas órdenes y las incorporo tal como queda establecido completamente aquí

0

\_\_\_\_\_ No he completado el formulario "Órdenes para el médico respecto al alcance del tratamiento" (POST por sus siglas en inglés). Si posteriormente mi médico firma un formulario de POST, entonces esta Declaración de Última Voluntad deberá ser considerada modificada para ser compatible con los términos del formulario POST.

## **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 un familiar*

*(3) un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad*

*(4) el empleado de un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad que no es un familiar*

*Si el agente o un agente alterno designado en estas Instrucciones es mi cónyuge y después se disuelve mi 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.)*

Agente de Cuidados 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 solo cuando no pueda comunicarme coherentemente.

### **3. DECLARACIÓN GENERAL PARA CONCEDER AUTORIDAD**

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, el formulario “Órdenes para el médico respecto al alcance del tratamiento” (POST por sus siglas en inglés) 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. También puede incluir una declaración de sus deseos con respecto a otros asuntos relacionados con su cuidado médico, incluyendo una lista de una o más personas a las cuales haya designado para recibir información médica sobre usted y/o que pueden 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 el formulario “Órdenes para el médico respecto al alcance del tratamiento” (POST por sus siglas en inglés), 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;
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 deberá 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 (HIPAA por sus siglas en inglés, 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 de coordinador de cuidados médicos que me hay 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 de transmisión sexual, 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 a la revelación de mi información médica personal. La autoridad otorgada a mi agente no tiene fecha de vencimiento y vencerá solo si yo cancelo dicha autoridad por escrito y la entregue a mi proveedor de cuidados médicos.

## **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”
- 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 anteriormente en el párrafo 1, 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 designada 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 elijo 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 previas.

### 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:

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

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado)