

Poder de Representación Legal para Casos Médicos



ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE, ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, USTED DEBE CONOCER ESTA INFORMACIÓN FUNDAMENTAL:

Salvo en la medida en que usted disponga lo contrario, este documento le da a la persona que usted designa como su representante la autoridad de tomar todas y cada una de las decisiones sobre atención médica en su nombre conforme a los deseos que usted exponga, incluyendo sus creencias religiosas y morales, cuando usted ya no esté en capacidad de tomarlas por sí mismo. Debido a que la "atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento dirigido a mantener, diagnosticar o tratar su enfermedad física o mental, su representante tiene la atribución de tomar una amplia variedad de decisiones sobre atención médica en nombre de usted. Su representante puede otorgar su consentimiento, negar su consentimiento o retirar su consentimiento al tratamiento médico y puede tomar decisiones sobre la interrupción o suspensión del tratamiento para mantenerlo con vida. Su representante no puede dar su consentimiento a los servicios voluntarios de salud mental como paciente interno, tratamiento convulsivo, psicocirugía o aborto. Un médico debe cumplir las instrucciones de su representante o permitir que a usted se le transfiera a otro médico.

La autoridad de su representante comienza cuando su médico certifica que usted carece de facultades físicas y mentales para tomar decisiones sobre su atención médica.

Al tomar las decisiones en su nombre, su representante está obligado a seguir las instrucciones dictadas por usted. A menos que usted disponga lo contrario, su representante tendrá tanta autoridad para tomar las decisiones acerca de su atención médica como usted la hubiera tenido de hallarse en condiciones para tomarlas.

Es importante que usted discuta este documento con su médico u otro proveedor de atención médica antes de que lo firme para asegurarse de que usted comprende la naturaleza y el alcance de las decisiones que pueden tomarse en su nombre. Si usted no tiene un médico, usted debe conversar con alguien que conozca estos temas y pueda contestar sus preguntas. Usted no necesita la asistencia de un abogado para completar este documento, pero si existe algo en este documento que usted no comprenda, usted debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted designe como su representante debe ser alguien que usted conozca y en quien usted confíe. Esa persona debe tener 18 años de edad o más, o si se trata de una persona que tiene menos de 18 años de edad debe ser alguien quien haya superado los impedimentos legales propios de la minoría de edad. Si usted designa como su representante a un proveedor de atención médica o a un proveedor de cuidados residenciales de salud [por ejemplo, a su médico o a un empleado de una agencia de atención médica en el hogar (home health agency), un hospital, una clínica de reposo o un hogar de cuidados residenciales (residential care home), aparte de un miembro de su familia], esta persona tiene que escoger entre actuar como su representante o como su proveedor de atención médica o cuidados residenciales; la ley no permite que una persona sea representante y proveedor de atención médica al mismo tiempo.

Usted debe informar a la persona que designó como su representante que usted desea que esa persona sea su representante de atención médica. Usted debe discutir este documento con su representante y con su médico y proporcionar una copia firmada a cada uno. Usted debe indicar en el propio documento las personas e instituciones que tienen copias firmadas del mismo. Su representante no es responsable por las decisiones sobre atención médica que se tomen de buena fe en nombre de usted.

Aun después que usted haya firmado este documento, usted tiene el derecho de tomar las decisiones sobre su atención médica por sí mismo en tanto usted pueda hacerlo y el tratamiento médico para usted no puede proporcionarse o suspenderse ignorando sus objeciones. Usted tiene el derecho de revocar la autoridad otorgada a su representante informando a su representante o a su proveedor de atención médica o a su proveedor de cuidados residenciales verbalmente o por escrito u otorgando un nuevo poder de representación legal para casos médicos. A menos que usted disponga lo contrario, la designación de un cónyuge como su representante queda anulada con el divorcio.

Este documento no puede cambiarse ni modificarse. Si desea hacer cambios en el documento, usted debe elaborar un documento completamente nuevo.



Poder de Representación Legal para Casos Médicos (continúa)

Es posible que usted desee designar a un representante suplente en el caso de que su representante no esté dispuesto, no pueda o no reúna los requisitos para actuar como su representante. Cualquier representante suplente que usted designe tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre atención médica en nombre de usted.

ESTE PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL NO ES VÁLIDO A MENOS QUE SE FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES, LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO TESTIGOS:

- (1) la persona que usted ha designado como su representante;
- (2) una persona emparentada con usted por lazos de consanguinidad o matrimonio;
- (3) una persona con derecho a cualquier parte de su herencia después de su muerte bajo un testamento o codicilo firmado por usted o por efecto de la ley;
- (4) el médico que atiende su caso;
- (5) un empleado del médico que atiende su caso;
- (6) un empleado de un centro de atención médica en el cual usted es un paciente si el empleado le está suministrando atención médica directa o si es un jefe, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz o afiliada del centro de atención médica o
- (7) una persona que en la fecha en la que se firma este poder de representación legal tiene una reclamación contra cualquier parte de su herencia después de su muerte.

Poder de Representación Legal para Casos Médicos (continúa)



DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, designo a
(inserte su nombre)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

como mi representante para tomar todas y cada una de las decisiones médicas por mí, salvo en la medida en que yo disponga lo contrario en este documento. Este Poder de representación legal para casos médicos tendrá validez si yo quedo incapacitado para tomar mis propias decisiones acerca de mi atención médica y esta situación es certificada por escrito por mi médico.

LAS LIMITACIONES A LA AUTORIDAD DE TOMA DE DECISIONES DE MI REPRESENTANTE SON LAS SIGUIENTES:

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE SUPLENTE

(Usted no está obligado a designar a un representante suplente, pero puede hacerlo. Un representante suplente puede tomar las mismas decisiones sobre atención médica que el representante designado originalmente si el representante designado no puede o no está dispuesto a actuar como su representante. Si el representante suplente es su cónyuge, esta designación es revocada automáticamente por la ley si se disuelve su matrimonio.)

Si la persona designada por mi representante no puede o no está dispuesta a tomar decisiones sobre atención médica en mi nombre, yo designo a las siguientes personas para que actúen en mi nombre en virtud de este documento, quienes actuarán como mi representante en el siguiente orden:

A. Primer representante suplente

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

B. Segundo representante suplente

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

El original de este documento se conserva en el siguiente lugar: _____

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas de este documento:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____



DURACIÓN

Comprendo que este poder de representación legal se mantendrá indefinidamente en vigencia a partir de la fecha en que yo firmo este documento a menos que yo establezca un tiempo más corto de vigencia o revoque el poder de representación legal. Si no puedo tomar decisiones sobre mi atención médica por mí mismo en el momento en que expire este poder de representación legal, la autoridad que he otorgado a mi representante se mantendrá vigente hasta el momento en que yo pueda tomar decisiones sobre atención médica por mí mismo.

REVOCACIÓN DE DESIGNACIONES ANTERIORES

Revoco cualquier poder anterior de representación legal para casos médicos.

RECONOCIMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

He recibido una declaración de revelación de información en la cual se explica los efectos de este documento. He leído y comprendido la información contenida en esa declaración.

(USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER DE REPRESENTACIÓN LEGAL)

Yo firmo con mi nombre este poder de representación legal para casos médicos hoy _____
de _____ (mes/año) _____ en (ciudad/estado) _____.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

Yo no soy la persona designada como representante mediante este documento. No estoy emparentado por lazos de consanguinidad o matrimonio con el Mandante. No tengo derecho a recibir una parte de la herencia del Mandante a su muerte. No soy el médico que atiende al Mandante ni un empleado del médico que atiende al Mandante. No tengo ninguna reclamación contra alguna parte de la herencia del Mandante a su muerte. Además, si soy un empleado de un centro de atención médica en el cual el Mandante es un paciente, yo no participo en el suministro de atención médica directa al Mandante y no soy un director, jefe, socio o empleado de oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz de ese centro de atención médica.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____