

# Acerca del formulario para el poder de la atención médica

Este es un documento legal importante. Antes de firmar, usted debería comprender los siguientes hechos:

1. Este formulario da a la persona que usted escoge como su agente, la autoridad de tomar todas las decisiones de su atención médica por usted, incluso la decisión de sacar o dar tratamiento de mantenimiento de vida, a menos que usted lo indique de otra forma en este formulario. "Atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar una enfermedad mental o física.
2. A menos que su agente sepa sus deseos acerca de la nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua suministradas por el tubo de alimentación o línea intravenosa), a él o ella no se le permitirá rechazar o autorizar esas medidas por usted.
3. Su agente comenzará a tomar decisiones por usted cuando su doctor determine que usted no está capacitado para tomar decisiones relacionadas con su atención médica por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario, ejemplos de tipos de tratamientos que no le gustaría que le hicieran o aquellos tratamientos que usted quiere asegurarse de que recibirá. Estas instrucciones pueden usarse para limitar el poder de decisión del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones cuando tome las decisiones por usted.
5. Usted no necesita un abogado cuando complete este formulario.
6. Usted debe elegir un adulto (18 años o más), que puede ser un miembro de su familia o un amigo cercano para que sea su agente. Si usted elige un doctor para que sea su agente, él o ella, tendrá que escoger entre ser su agente o el médico que lo atiende porque un doctor no puede hacer las dos cosas a la misma vez. También, si usted es un paciente o residente de un hospital, residencia para ancianos o institución mental, hay ciertas restricciones acerca de nombrar a alguien que trabaja para esa institución como su agente. Pregúntele al personal de esa institución que le explique esas restricciones.
7. Antes de elegir a alguien como su agente de atención médica, hágale con él o ella para asegurarse de que quiere ser su agente de atención médica. Dígale a la persona que elija que él o ella va a ser su agente de atención médica. Hablen de sus deseos sobre el cuidado médico y este formulario con su agente. Asegúrese de darle una copia firmada. A su agente no se le puede demandar por las decisiones que toma en cuanto a sus cuidados médicos si lo hace de buena fe.
8. Si usted ha nombrado a su cónyuge como su agente de cuidados médicos, y luego se divorcia o se separa legalmente, su anterior cónyuge no puede ser su agente según lo indica la ley, a menos que usted determine otra cosa. Si usted prefiere que su ex cónyuge siga siendo su agente, puede anotarlo en este formulario y ponerle la fecha o completar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.
9. A pesar de que usted ha firmado este formulario, usted tiene el derecho de tomar las decisiones relacionadas con los cuidados médicos con la condición de que así pueda hacerlo, y no se le puede administrar o interrumpir un tratamiento si usted lo objeta, ni tampoco su agente tiene poder para objetarlo.
10. Usted puede cancelar la autoridad dada a su agente diciéndole al profesional médico oralmente o por escrito.
11. La designación de un agente es voluntaria. A nadie se le requiere nombrar a alguien.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones relacionados con la donación de órganos o tejidos en este formulario.

# Poder para la atención médica

(1) Yo, \_\_\_\_\_

por la presente designo \_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio y número telefónico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en mi nombre, excepto si lo limito de otra manera. Este poder tendrá vigencia sólo cuando y si no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones relacionadas con mi cuidados médicos.

**(2) Opcional: Agente suplente**

Si la persona que designo no se encuentra disponible, no quiere hacerlo o no puede actuar como mi agente de atención médica, por medio de la presente designo a \_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio y número de teléfono)

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención médica en mi nombre, excepto si las limito de otra manera.

**(3)** A menos que revoque este poder o que establezca una fecha de vencimiento o circunstancias en las cuales pueda vencer, el mismo tendrá vigencia indeterminada. (Opcional: si quiere que venza este poder, determine la fecha y las condiciones aquí). Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(4) Opcional:** Instruyo a mi agente de atención médica que tome decisiones relacionadas con mi salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él o ella sabe o como se indica debajo. (Si usted quiere limitar la autoridad de su agente en la toma de decisiones o quiere darle instrucciones específicas, usted puede determinar sus deseos o limitaciones aquí). Yo instruyo a mi agente de atención médica para que tome decisiones sobre mi salud de acuerdo con las siguientes instrucciones y/o limitaciones (adjunte más páginas si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para que su agente pueda tomar decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre acerca de la nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación o intravenosa), su agente debe saber sus deseos. Usted puede decirle a su agente cuáles son sus deseos o puede incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones para la muestra de idiomas que puede utilizar si elige incluir sus deseos en este formulario, incluso sus deseos con relación a la nutrición e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** *(tenga la bondad de escribir con letra de imprenta)*

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos o ambos**

A continuación hago un obsequio anatómico que entrará en vigor en el momento de mi muerte, de:  
(marcar el cuadro pertinente)

- Órganos o tejidos o ambos que se necesita
- Los órganos o tejidos o ambos siguientes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Limitaciones \_\_\_\_\_

Si no indica sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos o ambos en este formulario, no se considerará que no desea hacer una donación o evitar que una persona, autorizada por la ley, dé su consentimiento para la donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de los testigos** *(Los testigos deben tener un mínimo de 18 años de edad y no pueden ser el tutor ni el tutor alterno para la atención médica).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firma este documento y tengo la impresión de que es una persona de mente clara y actúa por voluntad propia. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) testigo 1  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_ Nombre del(de la) testigo 2  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_



Estado de Nueva York  
Departamento de Salud