

## **PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA**

### **AVISO A LA PERSONA QUE LLENA ESTE DOCUMENTO**

Usted tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención médica que reciba. No se le puede proporcionar atención médica si usted tiene alguna objeción a ella, y la atención médica necesaria no puede ser eliminada si usted tiene objeciones.

Ya que las personas que le prestan atención médica en algunos casos no han tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, generalmente no conocen sus creencias, los principios que lo guían ni los detalles de sus relaciones familiares. Esto representa un problema si usted se llegara a enfermar física o mentalmente y no fuera capaz de tomar decisiones acerca de su atención médica.

Para evitar este problema, usted puede firmar este documento legal designando a la persona que pueda tomar decisiones en su nombre con respecto a su atención médica, en caso de que usted llegara a no ser capaz de hacerlo personalmente. A esta persona se le conoce como su agente de atención médica. Hable con calma acerca de sus ideas y creencias acerca del tratamiento médico con la persona o las personas a quienes haya designado. Usted puede especificar en este documento los tipos de atención médica que no desea recibir, y puede limitar la autoridad de su agente. Si su agente no conoce sus deseos con respecto a cierta decisión en particular, al tomar la decisión él o ella deberá determinar qué sería lo mejor para usted.

Éste es un documento legal importante. Le da a su agente amplio poder para tomar decisiones con respecto a su atención médica. Este documento cancela cualquier poder notarial de atención médica que usted haya firmado anteriormente. Si desea cambiar este poder notarial de atención médica, puede cancelar este documento en cualquier momento destruyéndolo, pidiéndole a alguien que lo destruya ante usted, firmando una declaración escrita y fechada o estableciendo que queda cancelado en presencia de dos testigos. Si usted cancela este documento, debe avisarle a su agente, a los servicios médicos que lo atiendan y a cualquier otra persona a quien le haya entregado una copia. Si su agente es su esposo o esposa, y su matrimonio es anulado o si se divorcian después de haber firmado este documento, el documento pierde su validez.

También puede usar este documento para hacer o rehusarse a hacer un regalo anatómico en el momento de su muerte. Si usa este documento para hacer o rehusarse a hacer un regalo anatómico, este documento cancela todos los documentos de regalos anatómicos anteriores. Usted puede cancelar o cambiar cualquier regalo anatómico que haga por medio de este documento tachando la sección de regalos anatómicos en este documento.

No firme este documento a menos que lo comprenda claramente.

Se sugiere que guarde el original de este documento en los archivos de su médico.

## PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA

Documento preparado el \_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ (año).

### CREACIÓN DE PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (escriba con letra de molde su nombre, dirección y fecha de nacimiento), en pleno uso de mis facultades mentales, intento por medio de este documento crear un poder notarial de atención médica. La elaboración de este poder notarial es voluntario de mi parte. Aunque exista este poder notarial de atención médica, espero estar completamente informado y poder tomar parte en cualquier decisión con respecto a la atención médica que yo reciba,

haCJ\_OJ\_QJ\_6\_□>\* \_\_\_\_\_ (escriba con letra de molde su nombre, dirección y fecha de nacimiento), en pleno uso de mis facultades mentales, intento por medio de este documento crear un poder notarial de atención médica. La elaboración de este poder notarial es voluntario de mi parte. Aunque exista este poder notarial de atención médica, espero estar completamente informado y poder tomar parte en

\_\_\_\_\_ (escriba con letra de molde su nombre, dirección y fecha de nacimiento), en pleno uso de mis

fa \_\_\_\_\_  
(escriba con letra de molde el nombre, la dirección y el número telefónico) para que sea mi agente de atención médica con el propósito de que tome decisiones a mi nombre con respecto a la atención médica que yo reciba. Si él o ella llegara a estar incapacitado o a negarse a hacerlo, designo entonces a

\_\_\_\_\_ (escriba con letra de molde el nombre, la dirección y el número telefónico) para que sea mi agente sustituto de atención médica, con el propósito de que tome decisiones a mi nombre con respecto a la atención médica que yo reciba. Ni mi agente de atención médica ni mi agente sustituto, a quienes he designado como mis agentes de atención médica, son personal médico a cargo de mi atención médica, no son empleados de las personas a cargo de mi atención médica, no son empleados de alguna institución de atención médica de la que yo sea paciente, ni el esposo o la esposa de alguna de estas personas, a menos que esta persona sea también mi pariente. Con propósitos de este documento se considera que existe “incapacidad” si 2 médicos, o un médico o un psicólogo, que me hayan examinado personalmente firman una declaración que exprese específicamente su opinión de que en mi condición soy incapaz de recibir y evaluar información en forma efectiva o de comunicar decisiones, al punto de que yo no cuente con la capacidad de hacerme cargo de las decisiones con respecto al cuidado de mi salud. Una copia de esta declaración deberá adjuntarse a este documento.

## DECLARACIÓN GENERAL DE AUTORIZACIÓN

A menos que se haya especificado lo contrario en este documento, si algún día llegara yo a estar incapacitado indico al personal médico a cargo de mi atención médica que obtenga una decisión al respecto de mi atención médica de mi agente de atención médica, si llegara yo a necesitar tratamiento, con respecto a mis necesidades totales de atención y tratamientos médicos. He hablado adecuadamente acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y creo que él o ella comprenden mi filosofía con respecto a las decisiones de atención médica que yo tomaría en caso de poder hacerlo. Deseo que mis deseos se cumplan por medio de la autoridad dada a mi agente de atención médica en este documento.

Si soy incapaz, debido a mi condición, de tomar una decisión acerca de mi tratamiento médico, mi agente de atención médica tiene instrucciones de tomar las decisiones con respecto a mi tratamiento médico a mi nombre. Sin embargo mi agente de atención médica debe tratar de hablar conmigo acerca del tratamiento médico recomendado si soy capaz de comunicarme en alguna forma, incluyendo el parpadeo. Si no es posible tener comunicación conmigo, mi agente de atención médica deberá basar su decisión acerca de las distintas opciones de tratamiento médico en lo que hayamos hablado acerca del asunto con anticipación. En caso de que yo no hubiese expresado una elección acerca de la atención médica en cuestión, y no sea posible tener comunicación conmigo, mi agente de atención médica deberá basar su decisión en lo que él o ella crea que es más conveniente para mí.

### LIMITACIONES PARA TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL

Mi agente de atención médica no puede decidir internarme como paciente interno en una institución de atención a enfermedades mentales, en una institución intermedia de cuidados para pacientes con retraso mental, en una institución del gobierno para tratamientos mentales o en una institución para tratamientos mentales. Mi agente de atención médica no puede aceptar mi participación en investigaciones experimentales de salud mental o de psico-cirujía, tratamientos de electro-convulsiones ni tratamientos drásticos para mí.

### ADMISIÓN A INSTITUCIONES DE ATENCIÓN POR PERSONAL DE ENFERMERÍA O INSTITUCIONES RESIDENCIALES DE LA COMUNIDAD

Mi agente de atención médica puede internarme a una institución de atención por personal de enfermería (*nursing home*) o en una institución residencial de la comunidad (*community-based residential facility*) por estancias a corto plazo con propósitos de recuperación o descanso.

Si he marcado “Sí” en los siguientes puntos, mi agente de atención médica puede internarme con propósitos distintos a mi cuidado recuperativo o de descanso, pero si he marcado “No” en lo siguiente, mi agente de atención médica no podrá internarme:

1. Institución de atención por personal de enfermería – Sí  No
2. Institución residencial de la comunidad -- Sí  No

Si no he marcado ni “Sí” ni “No” en los renglones anteriores, mi agente de atención médica sólo podrá internarme por un corto período con propósitos de recuperación o descanso.

## **DISPOSICIÓN ACERCA DEL USO DE SONDA DE ALIMENTACIÓN**

Si he marcado “Sí” en los siguientes puntos, mi agente de atención médica puede dar instrucciones para que se me retire o que no se me introduzca una sonda alimenticia, a menos que mi médico recomiende que, de acuerdo a su opinión médica, esto me pudiera causar dolor o reducir mi nivel de confort. Si he marcado “No” en lo siguiente, mi agente de atención médica no podrá dar instrucciones para que se me retire o que no se me introduzca una sonda alimenticia.

Mi agente de atención médica no puede dar instrucciones de que se me retire o no se me administre alimentación o hidratación oralmente, a menos que la nutrición o hidratación esté contraindicada en términos médicos.

Introducción o retiro de la sonda alimenticia -- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si no he marcado “Sí” o “No” en el renglón inmediatamente arriba, mi agente de atención médica no puede dar instrucciones para que se me retire una sonda alimenticia.

## **DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES EMBARAZADAS**

Si he marcado “Sí” en lo siguiente, mi agente de atención médica podrá tomar decisiones con respecto a la atención médica que yo reciba aunque mi agente sepa que estoy embarazada. Si he marcado “No” en lo siguiente, mi agente de atención médica no podrá tomar decisiones con respecto a la atención médica que yo reciba si mi agente sabe que estoy embarazada.

Decisiones de atención médica si estoy embarazada -- Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si no he marcado “Sí” o “No” en el renglón inmediatamente arriba, mi agente de atención médica no podrá tomar decisiones con respecto a la atención médica que yo reciba si mi agente sabe que estoy embarazada.

## **DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES O LIMITACIONES**

Al ejercer la autoridad que otorga este documento, mi agente de atención médica actuará en forma consistente con los siguientes deseos, si los hubiese, y quedará sujeto a cualquier condición o limitación que yo especifique. Los siguientes son deseos específicos, condiciones o limitaciones que deseo expresar (agregue más si así lo desea):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**REVISIÓN Y DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN  
RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL**

Mi agente de atención médica, sujeto a cualquier limitación especificada en este documento, tiene autorización para hacer todo lo siguiente:

- (a) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, en forma verbal o por escrito, relacionada con mi salud física o mental, incluyendo registros médicos y hospitalarios.
- (b) Ejecutar a mi nombre cualquier documento que se requiera para obtener dicha información.
- (c) Dar consentimiento para la divulgación de dicha información.

**(El interesado y los testigos deben firmar este documento al mismo tiempo.)**

**FIRMA DEL INTERESADO**

(persona que origina y otorga el poder notarial de atención médica)

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

(La firma de este documento por parte del interesado cancela todos los poderes notariales de atención médica anteriores.)

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS**

Conozco personalmente al interesado y creo que está en pleno uso de sus facultades mentales y que tiene por lo menos 18 años de edad. Considero que está originando este poder notarial de atención médica voluntariamente. Yo tengo más de 18 años de edad, no soy pariente consanguíneo del interesado, ni estoy emparentado por medio de matrimonio o adopción y no soy directamente responsable financieramente de los cuidados a la salud del interesado. No soy personal médico a cargo de la atención médica del interesado en este momento, ni soy empleado de las personas a cargo de su atención médica, a excepción del capellán o trabajador social, ni soy empleado, a excepción del capellán o del trabajador social, de una institución de atención médica de pacientes internos en la cual el declarante sea paciente. No soy el agente de atención médica del interesado. A mi leal saber, no tengo derecho ni reclamación sobre los bienes del interesado.

Testigo No. 1 (Sírvese usar letra de molde.)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Testigo No. 2 (Sírvese usar letra de molde.)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA  
Y DEL AGENTE SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA**

Comprendo que \_\_\_\_\_ (nombre del interesado) me ha designado como su agente de atención médica si él o ella llegara a encontrarse incapacitado e incapaz de tomar decisiones médicas por sí mismo. \_\_\_\_\_ (nombre del interesado) ha hablado conmigo acerca de sus deseos con respecto a las decisiones de atención médica.

Firma del agente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma del agente sustituto \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Si no se ejecuta un poder notarial de atención médica de acuerdo al capítulo 155 de los Estatutos del Estado de Wisconsin no se crea una presunción acerca de las intenciones de ningún individuo con respecto a sus decisiones de atención médica.

Este poder notarial de atención médica se ejecuta de acuerdo al capítulo 155 de los Estatutos del Estado de Wisconsin.

**REGALOS ANATÓMICOS (opcional)  
(regalos de órganos, miembros o partes del cuerpo)**

Al momento de mi muerte:

\_\_\_ Deseo donar sólo los siguientes órganos o miembros de mi cuerpo:

\_\_\_\_\_  
(especifique qué órganos o miembros de su cuerpo).

\_\_\_ Deseo donar cualquier órgano o miembro de mi cuerpo.

\_\_\_ Si es necesario, deseo donar mi cuerpo para estudios anatómicos.

\_\_\_ Me niego a hacer un regalo anatómico. (Si esto cancela algún compromiso que yo hubiera hecho anteriormente de hacer un regalo anatómico a cierta persona, trataré de notificar esta cancelación a dicha persona.)

El hecho de no marcar alguna de las líneas inmediatamente anteriores, no debe crear suposiciones acerca de mi deseo de hacer o negarme a hacer regalos anatómicos.

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

División de Salud, P.O. Box 309, Madison, WI 53701