

Poder para la Atención Médica

Este formulario cumple con los requisitos establecidos en la Ley de Apoderados para la Atención Médica del estado de Illinois

Aviso para la persona que completa este formulario de Poder para la Atención Médica, (Health Power of Attorney, HPOA)

Nadie puede predecir cuándo ocurrirá un accidente o una enfermedad grave. Si algo le sucediese y fuese incapaz de comunicar sus deseos, podría necesitar a alguien para que hablara o tomara decisiones médicas por usted. Si usted lo planifica ahora, puede aumentar las posibilidades de que el tratamiento médico que reciba sea el que usted desea.

Usted puede elegir a alguien de su confianza para que tome decisiones médicas en su lugar si usted queda incapacitado o no quiere tomarlas por sí mismo. A esa persona que usted elige se le llama "agente de atención médica". Es importante que usted designe un agente de atención médica y escriba sus preferencias sobre atención médica, con base en sus valores y deseos personales y complete este formulario u otro que cumpla con requerimientos legales de Illinois.

¿Qué deseo que conozca mi agente de atención médica?

Es importante que converse con la persona que será su agente de atención médica sobre lo que usted considera más importantes en su vida:

- ¿Cuán importante es para usted evitar el dolor y el sufrimiento?
- Si tuviese que elegir ¿Es más importante para usted vivir una vida de calidad el mayor tiempo posible y evitar el sufrimiento prolongado, procedimientos adicionales, discapacidad, o vivir el mayor tiempo posible aun cuando esto signifique perder calidad de vida?
- ¿Preferiría pasar sus últimos días o semanas de vida en el hospital o en su casa?
- ¿Tiene usted creencias religiosas o espirituales que desearía fuesen consideradas por su agente de atención médica cuando cumpla sus deseos de atención médica y sus últimos deseos de vida?

¿A quién debo elegir como mi agente de atención médica?

Elija a un miembro de su familia o amigo que:

- Tenga mínimo 18 años de edad
- Le conozca bien
- Pueda estar allí cuando usted le necesite
- Sea de su confianza para que haga lo mejor para usted y cumpla su voluntad aunque no esté personalmente de acuerdo con sus deseos
- Comunicará a sus proveedores de atención médica las decisiones que usted plasmó en este formulario
- Si su primera elección no es capaz de cumplir esta función, usted debe indicar un segundo o tercer agente suplente

El agente de atención médica que usted elija no puede ser su médico, enfermera ni otro proveedor de atención médica que labore en el hospital o clínica donde usted es paciente, a no ser que esa persona sea un miembro de su familia que no le esté administrando algún tratamiento.

¿Qué sucede si no designo un agente de atención médica?

Si usted está muy enfermo para tomar sus propias decisiones, su médico les pedirá a sus familiares o amigos cercanos que tomen decisiones por usted. En Illinois, la ley establece el orden en que se preguntará a estas personas. En esa ley, a esas personas se les denomina "sustitutos." (En Illinois, a la pareja no se les considera familiar cercano, a no ser que esté legalmente casado o exista un concubinato).

Existen razones por las cuales confiar en un sustituto puede suponer un problema. Por ejemplo, una persona que esté de acuerdo en ser su sustituto puede no ser esa persona que usted quiere que tome decisiones de atención médica por usted. Asimismo, los miembros de la familia y amigos pueden no estar de acuerdo unos con otros sobre las mejores decisiones de atención médica para usted o las que usted hubiese querido. Además, la persona que acepte ser su sustituto puede no tener la capacidad para tomar todas las decisiones necesarias. Si esto sucede, un tribunal puede designar a alguien, posiblemente alguien que usted no conozca, para que tome decisiones de atención médica por usted. Si **no quiere que alguien a quien usted no eligió tome decisiones de atención médica por usted, escriba el nombre de su agente de atención médica en este formulario.**

¿Qué hago con este formulario una vez que lo completado?

- Firme el formulario frente a un testigo. (En el formulario verá una lista de quién puede ser testigo y quién no)
- Pídale al testigo que lo firme también
- No necesita notariar el formulario
- Facilite una copia del formulario firmado a su agente de atención médica y a cada uno de sus agentes de atención médica suplentes
- Comparta el formulario con aquellos que se preocupan por usted, incluyendo: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares y amigos

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, comuníquese a alguien que tenga por lo menos 18 años de edad y/o destruya su poder de atención médica y las copias que existan. Si lo desea, complete un nuevo formulario y féchelo y fírmelo frente a un testigo. Seguidamente, asegúrese de que todos destruyan el formulario anterior y lo reemplacen por la versión nueva.

Tenga en cuenta que usted no necesita utilizar este formulario. Puede que en Illinois se utilicen otros HPOA. Si usted tiene alguna pregunta sobre el uso de algún formulario, puede consultar a su médico, otro proveedor de atención médica, y/o un abogado.

Poder para la Atención Médica

Este formulario cumple con los requisitos establecidos en la Ley de Apoderados para la Atención Médica del estado de Illinois

Este formulario de Poder revoca todos los Poderes para la Atención Médica anteriores.

Tanto usted como un testigo deben firmar este formulario para que sea válido.

1. Mi información

Mi nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre y apellido en letra de molde MM/DD/AAAA

Mi dirección: _____
Calle, ciudad, estado, código postal

2. Información sobre el agente de atención médica

Deseo que la siguiente persona sea mi agente de atención médica o primer apoderado para la atención médica: (Entiendo que no debo elegir como mi agente a mi doctor, a mi proveedor de atención médica ni a un profesional que me esté brindando atención médica.)

Nombre del agente: _____ Teléfono del agente#: _____

Dirección del agente: _____

3. Poderes de mi agente de atención médica

Mi agente podrá tomar, entre otras, las siguientes decisiones:

- La decisión de aceptar, retirar o rechazar un tratamiento para cualquier condición física o mental, incluso decisiones de vida o muerte.
- Permitir mi ingreso o salida de cualquier hospital, hogar u otra institución.
- Acceder a mis archivos médicos y mentales al igual que yo y compartirlos con mi agente de ser necesario, incluso el acceso a mis archivos después que yo muera.
- Cumplir mis planes o, si no he hecho ninguno, tomar decisiones sobre mi cuerpo o mis restos, incluyendo mis órganos, tejidos o donación de mi cuerpo, autopsia, cremación o entierro.

4. Inicio de las funciones de mi agente

Deseo que mi agente tome decisiones de atención médica por mí (coloque sus iniciales en una de las opciones de abajo):

_____ Solo cuando no pueda tomarlas por mí mismo. Los médicos que me atienden decidirán cuándo pierda esta capacidad. (Si no se selecciona ninguna opción, *se implementará esta opción.*)

_____ Comenzando ahora y continuando hasta que no sea capaz de tomarlas por mí mismo. Mientras tenga la capacidad para tomar mis propias decisiones, lo haré, si así lo elijo.

5. Agentes de atención médica suplentes

Si el agente de atención médica que mencioné arriba no está disponible o no desea tomar decisiones, entonces designo a las siguientes personas, en el siguiente orden, para que sean mis agentes de atención médica. Solo una persona a la vez puede ser mi agente de atención médica.

Suplente
Agente #1: _____
Nombre y apellido (en letra de molde) Calle, ciudad, estado, código postal Código de área y número

Suplente
Agente #2: _____
Nombre y apellido (en letra de molde) Calle, ciudad, estado, código postal Código de área y número

Poder para la Atención Médica

Este formulario cumple con los requisitos establecidos en la Ley de Apoderados para la Atención Médica del estado de Illinois

6. Tratamiento de mantenimiento vital

El tema del tratamiento de mantenimiento vital reviste una gran importancia. El tratamiento de mantenimiento vital puede incluir RCP (compresión pectoral), respiración artificial, nutrición o hidratación por sonda, transfusiones de sangre o diálisis. Su agente sopesará las cargas contra los beneficios de los tratamientos propuestos y tomará decisiones en su nombre. Cuando se deban tomar decisiones sobre tratamientos de mantenimiento vital, a su agente se le instruirá para que considere el alivio del sufrimiento, la calidad y la posible prolongación de su vida, así como también sus deseos previamente expresados. La selección de alguna de las declaraciones de la sección siguiente puede servir de guía para su agente a la hora de tomar decisiones por usted. Si tiene alguna pregunta sobre las declaraciones, consulte a su médico o proveedor de atención médica.

COLOQUE SUS INICIALES SOLO EN LA DECLARACIÓN QUE MEJOR EXPRESE SUS DEASEOS (opcional):

- _____ La calidad de mi vida es más importante que la duración de mi vida. Si estoy inconsciente y mi médico tratante cree, de acuerdo con estándares médicos razonables, que no me despertaré o no recuperaré mi capacidad para pensar, comunicarme con mi familia y amigos o percibir mi entorno, no deseo recibir tratamientos para prolongar mi vida o retrasar mi muerte, pero sí deseo recibir algún tratamiento o atención que me haga sentir cómodo y que me alivie cualquier dolor.
- _____ Permanecer vivo es lo más importante para mí, sin importar cuán enfermo esté, cuánto esté sufriendo, cuán costosos sean los procedimientos o cuán improbable sea mi recuperación. Deseo que se prolongue mi vida el mayor tiempo posible, de acuerdo con estándares médicos razonable.

7. Limitaciones específicas en la autoridad de toma de decisiones de mi agente:

OPCIONAL: El poder otorgado arriba pretende ser lo más amplio posible, de manera que su agente tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que usted pudiera tomar para recibir o terminar cualquier tipo de atención médica. Si usted desea limitar el alcance de los poderes de su agente o prescribir reglas especiales o limitar el poder para autorizar autopsia o disponer de sus restos, usted puede incluir cualquier limitación en las siguientes líneas. (Usted puede agregar otra página si necesita más espacio).

8. Su firma

Mi firma o marca: _____ Fecha de hoy: _____
MM/DD/AAAA

9. Firma del testigo

Haga que su testigo esté de acuerdo con lo que está escrito abajo y luego proporcione la información solicitada:

- Tengo mínimo 18 años de edad.
- Vi que este documento lo firmó el mandante o el mandante me dijo que esta es su firma o marca.
- Yo no soy el mandante, agente o ninguno de los agentes suplentes que se menciona en este documento, ni tampoco familiar por vínculo sanguíneo, matrimonial o adopción de alguna de estas personas. No soy el médico del mandante, proveedor de atención médica, enfermero de práctica avanzada, médico asistente, dentista, podiatra, optometrista, ni tampoco familiar por vínculo sanguíneo, matrimonial o adopción de alguna de estas personas.
- No soy propietario ni director (o familiar de un propietario/director) de la institución de salud donde es paciente o residente el firmante. Esta prohibición no aplica para empleados de la institución, incluyendo trabajadores sociales, capellanes, enfermeras y otros empleados que no son propietarios de la institución.

Nombre del testigo (en letra de molde)

Firma del testigo

Dirección del testigo

Fecha de hoy