

DIRECTRIZ de ATENCIÓN MÉDICA por TESTAMENTO EN VIDA y/o PODER – RED (NETWORK)

Yo, _____ deseo que todos los que me cuiden sepan que atención médica deseo cuando ya no me sea posible comunicarles lo que deseo.

SECCIÓN 1:

Deseo que mi médico intente tratamientos que me regresen a un nivel aceptable de calidad de vida. Sin embargo, si mi calidad de vida se me torna inaceptable y mi condición no mejora (es irreversible), ordeno que todos los tratamientos que prolonguen mi vida sean suspendidos.

Una calidad de vida que me es inaceptable quiere decir (marque todos los que aplican)

- Estar inconsciente (estado de coma crónico, o estado vegetativo persistente)
- Ser incapaz de comunicar mis necesidades
- No poder reconocer a la familia o los amigos
- Tener total o casi total dependencia de otros para mi cuidado
- Otra: _____

Marque solo uno:

- Aún si tengo la calidad de vida antes descrita, deseo ser tratado con alimento y agua por sonda o línea intravenosa.
- Sí tengo la calidad de vida antes descrita, NO deseo ser tratado con comida y agua por sonda o línea intravenosa.

SECCIÓN 2:

Algunas personas NO quieren ciertos tratamientos bajo ninguna circunstancia, aún si pudieren recuperarse.

Marque abajo los tratamientos que NO quieren bajo ninguna circunstancia:

- Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
- Ventilación (máquina para respirar)
- Alimentación por sonda
- Diálisis
- Otro: _____

SECCIÓN 3:

Cuando este cerca de la muerte, es importante para mí que:

(Tal como cuidado de hospicio, lugar de fallecimiento, arreglos funerarios, cremación o preferencia de entierro.)

Iniciales: _____ Fecha: _____

Ver la página 3 para firmas de testigos o Notario Público

Hable sobre este formulario con la persona que usted ha escogido para tomar decisiones por usted, su doctor(es), su familia y amigos. Dele copia de este formulario a cada uno. Lleve una copia cuando vaya al hospital o de viaje. Revise este formulario frecuentemente. Usted puede cancelar o cambiar este formulario en cualquier momento.

DIRECTRIZ de ATENCIÓN MÉDICA por TESTAMENTO EN VIDA y/o PODER – RED (NETWORK)

SECCIÓN 4: PODER de ATENCIÓN MÉDICA y/o AUTORIZACIÓN de SALUD MENTAL

A. PODER de ATENCIÓN MÉDICA:

Es importante escoger a alguien para que tome decisiones sobre el cuidado de su salud cuando a usted no le sea posible hacerlo. Dígale a la persona (su representante) que usted escoja lo que usted desea. La persona que usted escoja tiene el derecho de tomar cualquier decisión para asegurar que sean cumplidos sus deseos. Si usted NO escoge a alguien que tome las decisiones por usted, escriba NADIE en el renglón donde debe colocarse el nombre del representante.

Yo, _____, como Mandante,

designo a _____ como mi representante para todos los asuntos relacionados con mi salud e incluyendo, sin limitación, poder amplio para dar o rehusar consentimiento a todo cuidado médico, quirúrgico, hospitalario y otra atención médica relacionada. Este poder se hace efectivo al yo ser incapaz de hacer o comunicar decisiones sobre mi atención médica. Todas las acciones de mi representante, bajo este poder durante cualquier periodo en el cual esté incapacitado de hacer o comunicar decisiones sobre mi atención médica o cuando haya duda si estoy vivo o muerto, tienen el mismo efecto sobre mis herederos, legados y representantes personales tal como si estuviera vivo, competente y actuando por mí mismo.

B. CON AUTORIZACIÓN DE SALUD MENTAL:

- NO deseo designar o nombrar un Poder de Atención Médica con Autorización de Salud Mental.
- Mi representante designado tiene pleno poder, sin limitaciones, para dar o rehusar tratamiento de salud mental.

_____ Al poner mis iniciales aquí, específicamente consiento darle a mi representante el poder de ingresarme a un programa de hospitalización psiquiátrica parcial como paciente hospitalizado si lo ordena mi médico.

_____ Al poner mis iniciales aquí, esta Directriz de Atención Médica, incluyendo Poder de Salud Mental, no podrá ser revocada si estoy incapacitado.

Escriba en letras de molde la DIRECCION y TELEFONO del representante:

ALTERNATIVA: Si mi representante no desea o no puede cumplir, por la presente designo a:

_____ como mi representante.

Escriba en letras de molde la DIRECCION y TELEFONO del representante alterno:

Mi intención es que mi representante sea tratado igual que a mí en cuanto el uso y divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otros expedientes médicos. Esta autorización se refiere a cualquier información amparada por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (conocida como HIPAA), 42 USC 1420D y 45 DVR 160-164.

Iniciales: _____ Fecha: _____

FIRME AQUÍ para el Poder de Atención Médica y la designación de la Autorización de Salud Mental.

Nombre del Paciente en LETRAS DE MOLDE: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO:

NOTA: Dos testigos adultos O un Notario Público deben atestiguar la firma de este documento y después firmarlo. Los testigos o el Notario Público NO PUEDEN SER: (a) menores de 18 años; (b) relacionado a usted por consanguinidad, adopción, o matrimonio; (c) tener derecho a cualquier parte de su patrimonio; (d) designado como su representante; o (e) estar involucrado en proveerle atención médica al momento de la firma de este formulario.

A. Testigos: Al firmar abajo, yo certifico que presencié la firma de este documento por el Mandante. La persona que firmó esta Directriz de Atención Médica por Testamento en Vida y/o Poder y Autorización de Salud Mental aparentó estar en su juicio cabal y bajo ninguna presión de hacer elecciones específicas o de firmar el documento. Yo entiendo los requisitos de ser testigo y confirmo lo siguiente:

- Actualmente no he sido designado para tomar decisiones médicas por esta persona.
- No estoy directamente involucrado en darle atención médica a esta persona.
- No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de esta persona a su fallecimiento bajo un testamento u operación de ley.
- No estoy relacionado con esta persona por consanguinidad, matrimonio o adopción.

1. Nombre del Testigo (en letra de molde) _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

2. Nombre del Testigo (en letra de molde) _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Notario Público (NOTA: si un testigo firma su formulario, Usted NO necesita que un notario firme):

ESTADO DE ARIZONA) ss
CONDADO DE _____)

El suscrito, siendo Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona haciendo esta Directriz de Atención Médica por Testamento en Vida y/o Poder lo ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y que me parece estar en pleno uso de sus facultades y libre de coerción. Adicionalmente declaro que no tengo relación sanguínea, por matrimonio o adopción con la persona firmante, o con alguna persona designada para tomar decisiones médicas por él o ella. Actualmente no estoy directamente involucrado en proveer atención médica a la persona firmante. No tengo derecho a ninguna parte de sus bienes bajo un testamento existente o ningún mandato de ley. En la situación que la persona reconociendo esta Directriz de Atención Médica por Testamento en Vida y/o Poder este físicamente inhabilitado(a) para firmar o marcar este documento, yo verifico que él o ella directamente me ha indicado que esta Directriz de Atención Médica por Testamento en Vida y/o Poder indica sus deseos y que él o ella tiene la intención de adoptar en este momento esta Directriz de Atención Médica por Testamento en Vida y/o Poder.

DOY FE DE MI FIRMA Y SELLO este _____ día de _____, 20 ____.

Notario Público _____ Mi cargo vence: _____