

Poder Permanente al Abogado para Decisiones para el Cuidado de Salud

Es importante escoger alguien quien puede hacer decisiones sobre el cuidado de su salud cuando Ud. no tenga esa capacidad. Dígale a esa persona (agente) qué es lo que Ud. Quiere que se haga en distintas situaciones. La persona que Ud. escoge tiene el mismo derecho que Ud. para hacer decisiones y para asegurar que los deseos de Ud. sean honrados. Si Ud. no escoge a alguien para funcionar en esta forma, favor de marcar "NADIE" en la línea que corresponde para el nombre su agente.

Yo designo a la persona nombrada abajo come mi agente con autoridad de decidir detalles del cuidado de mi salud cuando y solo cuando yo este incapacitado para hacerlo o no pueda comunicar mis deseos. Esto es un poder permanente para el abogado para hacer decisiones sobre mi cuidado de salud y la autorización a mi agente no terminara si yo me quedo incapacitado o si no hay certeza de que estoy muerto. Este revoca cualquier Poder Permanente al Abogado para Decisiones para el Cuidado de Salud hecho anteriormente. Mi agente no tiene autorización para designar a ninguna otra persona para que actúe come agente mío. Yo y mi pertenencia consideramos a mi agente y a las personas que me cuidan sin culpa y les protejo contra cualquier queja basada en seguir los detalles escritos en este documento. Cualquier costo debe pagarse de mis propios recursos. Le doy a mi agente autorización entera para las decisiones que sean necesarias para el cuidado de mi salud, incluido en este poder está el derecho de detener o quitar tratamientos que puedan extender mi vida. Al ejercitar este poder, yo entiendo que mi agente será guiado por mis instrucciones especificas come están escritas en mis "Instrucciones sobre el Cuidado de Salud" (vea al reverso). Mi agente esta también autorizado para:

- Consentir, negar o retirar el permiso para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o proceso (incluyendo supliendo con nutrición artificial y/o hidratación/comida por tubo) usado para mantener diagnosticar o tratar una condición física o mental.
- Hacer todos los arreglos necesarios para cualquier hospital, facilidad de tratamiento psiquiátrico, hospicio u hogar de cuidado de salud u otra organización similar; para emplear o despedir personal hospitalario o servicial (cualquier persona autorizado o permitida por las leyes de estado para proveer servicios de cuidado de salud) como mi agente vea necesario para mi bienestar, físico mental o emocional.
- Pedir, recibir y revisar cualquier información sobre mis asuntos personales o de salud física o mental incluyendo archivos médicos y hospitalarios: y para solicitar le sean préstamos otros documentos que sean necesarios para obtener tal información.
- Mudarme dentro o fuera de cualquier Estado o institución con el propósito de cumplir con mis "Instrucciones del cuidado de mi salud" o las decisiones de mi agente.
- Tomar acción legal, si es necesario, para cumplir con mi deseos.
- Hacer decisiones con respeto a la autopsia, donación de órganos y la disposición de mi cuerpo; y
- Ser mi guardián legal si fuera necesario.

Si Ud. NO QUIERE que la persona que ha escogido se autorizada para hacer cualquiera de las cosas nombradas arriba, favor de tachar con una línea esas partes y añada sus iniciales al final de la línea.

Nombre de mi Agente _____ Teléfono _____

Dirección _____

Si NO quiere un nombre alternativo, escriba: "NADIE"

Primero Alternativo Agente Segundo Alternativo Agente

Nombre _____ Nombre _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

FIRME AQUI para los documentos: Poder permanente al abogado para Decisiones de Cuidado de Salud y/o Instrucciones sobre el Cuidado de Salud. Muchos stabos requieren que este documento sea notariado. Por favor pida a dos (2) personas que no sean familiares suyos ni que sean conectabso financieramente con Ud. o sus propiedades que actúen como testigos de su firma.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____ Testigo _____ Fecha _____

Notario Público:

En este ___ día de _____, en el año de _____, la persona que firma este documento se presentó personalmente a mi, es conocido/a por mi como la persona que completó este documento y lo reconoció como su propia mano y voluntad. EN TESTIGO DE ESTO, yo he puesto mi mano y el sello oficial en el Condado de _____, Estado de _____, en la fecha escrita arriba.

Notario Público _____ Comisión Expira _____

Instrucciones Sobre el Cuidado de Salud

■ Lleve una copia de esto con Ud. cuando vaya al hospital este de vacaciones ■

Yo, _____, número de la Seguridad Social _____
quiero que todas que cuiden de mi entiendan que cuidados deseo cuando sea incapáz de comunicar mis deseos.

Yo espero siempre recibir cuidado y tratamiento par el dolo, molestias, aun cuando tal tratamiento puede cortar mi vida, quitarme el apetito, hacer que mis respiraciones sean más despacios, o que me causen adicción.

Yo quiero que mi doctor use tratamiento que me puedan regresar una vida calidad aceptable, con las comprensión que el tratamiento será terminado si mis condición no se mejore a un nivel aceptable a mí. Lo que quiero decir con "calidad aceptable" es vivir en una forma en que pueda hacer las cosas que son importantes y necesarias para mí. Estas cosas son:

Ejemplos: la capacidad de

- reconocer a mis familiares y amistades
- hacer mis propias decisiones
- comunicarme
- Comer sin asistencia alguna
- cuidar de mí mismo

Yo quiero tener un muerte natural, por lo tanto dirijo que ningún tratamiento tindiendo alimento y agua por vena me sea dado para mantenerme vivo cuando tenga:

- un condición que me causará morir pronto o
- una condición tan mala (incluyendo daño: substancial del cerebro enfermedad del cerebro) que no se espera que yo recobraré una calidad aceptable de vida para mí (como describo arriba).

Cuando tenga una de la concisiones nombradas arriba, los tratamientos a cual consentirá son:

Ejemplos:

- resucitacion cardiopulmonar (CPR)
- diálisis
- ventilador/respirador
- cirugía
- quimioterapia (tratamiento de cáncer)
- transfusiones de sangre
- medicina para tratar las infecciones (antibióticos)
- alimentos o líquidos recibidos por vena o sondos por nariz o estómago

Orto tratamientos _____

Ejemplos:

- instrucciones especificas sobre la donación de mis órganos
- cuidado de hospicio
- morir en casa, si es posible

Por favor mira a mi Conversaciones Cariñosas cuaderno, lo cual está en este lugar: _____.

■ Favor de firmar este documento a la reversa ■

Si quiere escoger un Poder permanente 'al Abogado, escriba una X grande en está página.

Hable de este documento y sus ideas sobre el cuidado de su salud con la persona que haya escongado come su agente, su(s) doctor(es), su familia, sus amistades y el pastor de su iglesia. Dele a cada uno una copia completa.

Ud. puede cambiar o cancelar este documento en cualquier momento. Debe revisar este documento de en cuando. Cada vez que lo revise ponga sus iniciales y la fecha en esta línea.

Este documento es provisto come servicio de Midwest Bioethics Center, La Asociación Legal de Kansas City y La Sociedad Médica de Kansas City Metropolitano.

Para más información, llame al Midwest Bioethics Center 816-221-1100
e-mail – bioethic@midbio.org • web site – www.midbio.org