

## **INFORMACION RELATIVA AL PODER PERMANENTE PARA CUIDADOS MEDICOS**

**ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, USTED DEBE CONOCER ESTOS IMPORTANTES HECHOS:**

Excepto que usted disponga algo distinto, este documento proporciona a la persona que usted designe como su agente, la facultad de hacer cualquiera y todas las decisiones sobre cuidados medicos en favor de usted y de acuerdo a lo que usted desee, incluyendo sus creencias religiosos y morales, cuando usted ya no sea capaz de hacerlas por si mismo. Toda vez que "cuidados medicos" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su condicion fisica o mental, su agente cuenta con facultades para realizar una amplia gama de decisiones sobre cuidados medicos en favor de usted. Su agente puede consentir, rehusar a consentir o retirar el consentimiento en la aplicacion de tratamientos medicos y puede tomar decisiones relativas al retiro o retencion de tratamientos para mantener artificialmente la vida. Su agente no puede consentir voluntariamente la internacion a instituciones de salud mental, tratamientos a traves de convulsiones, cirugia cerebral/psiquiatrica o aborto. Un medico debiera cumplir las instrucciones proporcionadas por su agente o permitir que usted sea transferido al cuidado de otro medico.

Las facultades de su agente comienzan en el momento en que su medico certifique que usted ya no tiene capacidad para tomar decisiones sobre cuidados medicos por si mismo.

Su agente esta obligado a seguir sus instrucciones cuando este tome decisiones en representacion de usted. Excepto que usted disponga algo distinto, su agente tiene las mismas facultades para tomar decisiones sobre cuidados medicos en relacion con usted como si usted mismo las estuviera tomando.

Es importante que usted discuta este documento con su medico o cualquier otro proveedor de servicios medicos antes de firmar este documento, para que usted este seguro que entiende la naturaleza y rango de las decisiones que pueden ser tomadas en su representacion. Si usted no cuenta con un medico, usted debiera placticarlo con alguna persona que cuente con conocimientos acerca de los asuntos aqui contenidos y que pueda responder a sus preguntas. Usted no necesita de la esesoria de un abogado para otorgar este documento, pero en caso de que exista algo en este documento que usted no entienda, usted debiera consultar a un abogado para este se lo explique.

La persona que usted designe como agente debiera ser alguien a quien usted conozca y en quien usted confie. La persona debiera tener 18 anos o mas de edad, o bien menor de 18 anos a quien la incapacidad relativa a la minoria de edad le halla sido removida legalmente (emancipacion). Si usted designa a su proveedor de cuidados medicos o residenciales (ejem., su medico o un empleado de una isticucion de cuidados medicos, hospital, agencia de enfermeras, o residencia de cuidados diferentes a un pariente), esa persona debiera elegir entre desempeñarse como su agente o como su proveedor de cuidados medicos o residenciales; la ley no permite que una persona actue en ambas categorias al mismo tiempo

Usted debiera informar a la persona que usted designe que es su deseo que esta sea su agente de cuidados medicos. Usted debiera discutir este documento con su agente y su medico, y proporcionarles a ambos una copia firmada del mismo. Usted debiera indicar en este documento a las personas e instituciones que cuentan con copias firmadas de este documento. Su agente no es repnsable por las decisiones sobre cuidados medicos que realice de buena fe en su representacion.

Aun despues de que usted hubiere firmado este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre cuidados medicos por usted mismo mientras sea capaz de hacerlo, y un tratamiento no puede ser proporcionado o negado a usted cuando exista objecion de su parte. Usted tiene el derecho de revocar las facultades otorgadas a su agente informandosele a este o a su proveedor de cuidados medicos o residenciales oralmente o por escrito o celebrando un poder permanente para cuidados medicos posterior. Excepto que usted disponga algo distinto, la designacion de un conyuge deja de tener efecto con el divorcio.

Este documento no puede ser cambiado o modificado. Si usted desea realizar cambios a este documento, usted debera realizar totalmente un nuevo documento.

Usted puede designar un agente suplente en el caso que su agente sea incapaz o inelegible, o ya no desee continuar desempeñandose como su agente. Cualquier agente suplente que usted designe cuenta con las mismas facultades para tomar decisiones sobre cuidados medicos en su favor.

Este poder no sera valido a menos que sea firmado en presencia de dos o mas testigos calificados. La siguientes personas no pueden desempeñarse como testigos:

1. la persona que usted haya designado como su agente;
2. su proveedor de cuidados medicos o residenciales o un empleado de su proveedor de cuidados medicos o residenciales;
3. su conyuge;
4. sus herederos legales o beneficiarios nombrados en su testamento o en cualquier otro documento publico; o
5. acreedores o personas que tengan un reclamacion o accion legal en su contra.

## **PODER PERMANENTE PARA CUIDADOS MEDICOS DESIGNACION DE UN AGENTE DE CUIDADOS MEDICOS**

Yo, \_\_\_\_\_, designo a:

Nombre:

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono:

como mi agente para realizar cualquiera y todas las decisiones sobre cuidados medicos en mi favor, excepto que yo disponga algo distinto en este documento. Este poder permanente para cuidados medicos entrara en vigor si en algun momento soy incapaz para tomar mis propias decisiones sobre cuidados medicos y este hecho es certificado por escrito por mi medico.

**LAS LIMITACIONES A LAS FACULTADES DE TOMAR DECISIONES OTORGADAS A MI AGENTE SON LAS SIGUIENTES:**

**DESIGNACION DE UN AGENTE SUPLENTE.**

(Usted no esta obligado a designar un agente suplente pero puede hacerlo si lo desea. Un agente suplente puede tomar las mismas decisiones sobre cuidados medicos que el agente designado, si este es incapaz o ya no desea desempeñarse como su agente. Si el agente designado es su conyuge, la designacion es automaticamente revocada por ley si su matrimonio es disuelto.)

Si la persona designada como mi agente es incapaz o no desea tomar decisiones sobre cuidados medicos en mi favor, yo designo a las siguientes personas para actuar como mi agente para tomar decisiones sobre cuidados medicos en mi favor segun se autoriza en este documento, quienes se desempenaran en el siguiente orden de preferencia:

A. Primer Agente Suplente

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono:

B. Segundo Agente Suplente

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono:

El original de este documento se encuentra depositado en

Las siguientes personas o instituciones cuentan con copias firmadas de este documento:

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion:

Nombre:

Direccion:

**DURACION:**

Entiendo que este poder existe indefinidamente desde la fecha de su otorgamiento a menos que yo establezca un periodo de tiempo menor o revoque el presente poder. Si me encuentro incapaz para tomar decisiones sobre cuidados medicos por mi mismo(a) una vez que este poder expire, las facultades que he otorgado a mi agente continuaran existiendo hasta el momento en que vuelva a ser capaz para tomar decisiones sobre cuidados medicos por mi mismo(a).

(EN CASO DE SER APLICABLE) Este poder termina en la siguiente fecha:

**DESIGNACIONES PREVIAS REVOCADAS.**

Yo revoco cualquier poder permanente para cuidados medicos que haya sido otorgado previamente.

**CONOCIMIENTO DE INFORMACION IMPORTANTE.**

Me ha sido proporcionada cierta informacion de importancia explicando los efectos de este documento. He leído y comprendido la informacion contenida en dicho documento.

(USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR EL PRESENTE PODER)

Yo firmo bajo mi nombre el presente poder permanente para cuidados medicos este dia \_\_\_de  
, 20\_\_\_\_\_ en  
(Ciudad y Estado)

(Firma)

(Imprimir Nombre)

**DECLARACION DE LOS TESTIGOS**

Yo declaro bajo pena de perjurio que el firmante se ha identificado ante mi, que el firmante ha firmado o reconocido el presente poder permanente en mi presencia, que yo considero que el firmante se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, que el firmante ha declarado que esta consiente de la naturaleza de este documento y lo firma voluntariamente libre de cualquier vicio del consentimiento, que el firmante solicito que yo actuara como testigo del firmante en el otorgamiento de este documento, que

yo no soy la persona designada como agente en el presente documento, y que no soy un proveedor de servicios de cuidados medicos o residenciales, un empleado de algun proveedor de servicios de cuidados medicos o residenciales, el operador de un establecimiento de cuidados de salud.

Yo declaro que no tengo ningun parentesco consanguineo, o derivado del matrimonio o adopcion con el firmante y que en mi conocimiento no tengo ningun derecho sobre alguna parte de los bienes del firmante en caso de que este muera, bajo un testamento o por ley.

Firma del Testigo:

Nombre:

Fecha:

Direccion:

Firma del Testigo:

Nombre:

Fecha:

Direccion:

"B"

## **INSTRUCCIONES A LOS MEDICOS (El paciente es el que hace las decisiones)**

Instrucciones hecho este \_\_\_ día de \_\_\_\_\_ (mes, ano).

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades y actuando libremente hago saber que deseo que me vida no sea prolongada artificialmente de acuerdo con las circunstancias establecidas en esta instrucciones:

1. Si en cualquier tiempo me encuentro en una condicion incurable o irremediable causada pro una herida o enfermedad y la misma es considerada por dos medicos como una condicion terminal que desaparecera con la muerte, y si la aplicacion de medidas artificiales solamente serviran para postergar el momento de mi muerte, y si el medico que me esta atendiendo determina que mi muerte es inminente o va a tener lugar muy pronto sin la aplicacion de medidas para mantener me vida, yo instruyo que esas medidas sean retiradas o que detengan todas esas medidas y que me permitan morir naturalmente.

a. (Este parrafo se retiene solamente si yo lo escojo) Asi mismo instruyo que en caso de encontrarme en coma, o cuando mi estado sea tan debil que no pueda tragar agua y comida, ningun tubo de alimentacion o aparato artificial similar sea puesto o insertado en cualquier parte de mi cuerpo para proporcionar alimento o para prevenir la deshidratacion (que es lo que le pasa al cuerpo cuando uno no toma agua durante un tiempo prolongado).

**EL PACIENTE ESCOGE ESTE OPCION** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**EL PACIENTE NO ESCOGE ESTE OPCION** \_\_\_\_\_ (iniciales)

b. (Este parrafo se retiene solamente si yo lo escojo) Es mi intencion que medidas artificiales utilizadas para mantenerme, incluyendo alimentacion y hidratacion sean retiradas si el medico me diagnostica estar en un estado de inconsciencia permanente, en el que, dentro una probabilidad medica razonable, no exista la probabilidad de que existan las funciones cerebrales cognoscitivas que me permitan pensar y vivir en manera humana.

**EL PACIENTE ESCOGE ESTE OPCION** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**EL PACIENTE NO ESCOGE ESTE OPCION** \_\_\_\_\_ (iniciales)

**EXCEPCIONES.** Yo no autorizo lo siguiente:

2. En caso de encontrarme imposibilitado para proporcionar instrucciones sobre el uso de las medidas apropiadas para mantener a mi vida, es mi intencion que estas instrucciones sean respetadas y honradas por mi familia y por los medicos como la expresion final de mi derecho legal de no aceptar

tratamiento medical y quirurgico, y acepto las consecuencias derivadas de no aceptar dichos tratamientos.

3. (Para pacientes que son mujeres) En caso de encontrarme embarazada pro diagnostico medico, y dicho diagnostico es del conocimiento de mi medico, estas instrucciones no tendran efecto durante el tiempo que yo me encuentre embarazada.

4. Las presentes instrucciones estaran vigentes hasta el momento en que las mismas sean revocadas.

5. Yo entiendo todas las consecuencias de estas instrucciones y me encuentro capacitado emocional y mentalmente para hacer estas instrucciones.

6. Yo entiendo que yo puedo revocar estas instrucciones en cualquier tiempo.

7. Si me encuentro en coma, incapacitado o imposibilitado mental o fisicamente y no puedo comunicarme, yo nombro a \_\_\_\_\_, para hacer decisiones de tratamiento sobre mi condicion medical, incluyendo decisiones llevando a cabo las condiciones y terminos de estas instrucciones.

Firmado:

Direccion:

(Ciudad, Condado, y Estado de Residencia)

## TESTIGO

Yo no soy pariente consanguineo ni pariente por matrimonio del declarante (pariente politico): no tendre derecho a cualquier parte de la propiedad del declarante por herencia en cuanto muera el declarante. Yo no soy el medico que esta atendiendo al declarante y no soy empleado del medico que lo esta atendiendo al declarante. Yo no soy un paciente dentro del mismo lugar (el Hospital o la clinica) donde lo estan cuidado al declarante como paciente. Yo no tengo ni voy a tener ninguna queja sobre la propiedad o bienes del declarante cuando el muera. Ademas, en caso de ser un empleado del Hospital o la clinica donde estan atendiendo al declarante como paciente, no me encuentro directamente involucrado en la proporcion de servicios al declarante como paciente y no estoy involucrado directamente en los asuntos financieros del Hospital o la clinica.

Testigo:

Testigo:

## **INSTRUCCION DE NO RESUCITACION FUERA DEL HOSPITAL**

*Este documento debe acompañar al Declarante durante su transportación. La utilización apropiada de este documento o las copias del mismo será hecha de acuerdo a lo que el Consejo de Salud de Texas considere apropiado.*

Yo, \_\_\_\_\_ ("Declarante") en pleno uso de mis facultades mentales, intencionada y voluntariamente expreso el deseo de que mi vida no sea artificialmente prolongada en las circunstancias que se mencionan a continuación. Esta instrucción es firmada bajo la facultad que me concede en Capítulo 674 del Código de Salud y Seguridad (el "Código") del Estado de Texas, y los términos utilizados en este documento tendrán el significado que se les aplica en el Capítulo 674 del Código. En este acto declaro como sigue:

En caso de que me haya sido diagnosticado tener una condición terminal y sufra un ataque cardíaco o respiratorio, instruyo que mi médico a cargo y cualquier otro profesional médico que este actuando en mi representación en cualquier actividad fuera del hospital, no inicie o continúe procedimientos para el mantenimiento artificial de la vida incluyendo (sin limitación) cualquiera de los siguientes:

- i) resucitación cardiopulmonar
- ii) intubación endotraqueal o cualquier otro mecanismo novedoso para la administración de aire;
- iii) ventilación artificial;
- iv) defibrilación;
- v) ritmo cardíaco transcutáneo;
- vi) la administración de medicamentos para la resucitación cardíaca; y
- vii) cualquier otro procedimiento para el mantenimiento artificial de la vida dentro del significado de la Sección 674.001(13) del Código.

Yo entiendo que puedo revocar la presente Instrucción de No Resucitación Fuera del Hospital ("INRFH") en cualquier momento mediante la destrucción física de esta instrucción y quitando el aviso de identificación de INRFH, si es que existe, o bien comunicado mi deseo de revocar la INRFH a los profesionales médicos que se encuentren presentes.

Este documento tendrá vigencia a partir de este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, el día de su otorgamiento, y estará en vigor hasta la muerte de la persona o hasta que este documento sea revocado.

\_\_\_\_\_  
Declarante, (Imprimir el Nombre)

\_\_\_\_\_  
Declarante, (Firma)

\_\_\_\_\_  
Dirección

Yo soy el medico a cargo del Declarante. He diagnosticado que el Declrante tiene una condicion terminal, e instruyo a los profesionales medicos para que, actuando fuera del hospital, no inicien o continuen, en representacion del Declarante, algun procedimiento para mantener artificialmente la vida de acuerdo con lo que se especifica anteriormente en este documento.

Medico a Cargo:

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Licencia Medica Numero

## **DECLARACION a TRAVES DE UN MEDIO DE COMUNICACION NO ESCRITO**

El representante legal del Declarante, el apoderado del Declarante, el agente del Declarante con un poder permanente para el cuidado de la salud, o el medico a cargo, quienes certifican la emision de una INRFH a traves de medios de comunicacion no escritos o actuando de acuerdo con una instrucion previamente hecha o previamente emitida a los medicos bajo la Seccion 674.002(d) que incluye las disposiciones previstas en las Secciones 674.003(7)(A)y(B), instruyen que no se inicien o continuen, en representacion del Declarante, procedimientos encaminados a mantener artificialmente la vida.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal, Apoderado, Agente o  
Medico  
(Imprimir el Nombre)

\_\_\_\_\_  
Representante Legal, Apoderado, Agente o  
Medico  
(Firma)

## DECLARACION POR PARIENTES CALIFICADOS

Toda vez que el Declarante no cuenta con un representante legal, apoderado, o un agente con un poder permanente para el cuidado de la salud, y que el Declarante se encuentra en estado de coma, es incompetente, o se encuentra incapacitado mental o fisicamente a efecto de comunicarse, y \_\_\_\_\_, dos parientes calificados del Declarante, se encuentran capacitados para tomar la decision de utilizar un tratamiento de resucitacion cardiapulmonar y otros procedimientos encaminados a mantener artificialmente la vida bajo la Seccion 674.008 delCodigo del Salud Y Seguridad. En base al conocido deseo del Declarante o a una determinacion del lo que sea mejor para los intereses del Declarante, estos parientes calificados instruyen que lso procedimientos antes mencionados para el mantenimiento artifial de la vida no sean iniciados o continuados en representacion de dicha persona.

\_\_\_\_\_  
Pariente Calificado  
(Imprimir Nombre)

Pariente Calificado, (Firma)

\_\_\_\_\_  
Pariente Calificado  
(Imprimir Nombre)

Pariente Calificado, (Firma)

## TESTIGOS

No tengo ningun parentesco consanguineo o derivado del matrimonio con el Declarante. No tendria derecho sobre ninguna parte de los bienes del Declarante en caso de que este muriera. No soy el medico a cargo del Declarante o un empleado del medico a cargo. No soy un paciente en la clinica o cnetro de salud en el que el Declarante se encuentra como paciente. No tengo ninguna reclamacion o accion legal en contra de cualquier parte de los bienes del Declarante en caso de que este muera. Mas aun, en caso de que fuera un empleado de la clinica o centro de salud en el que el Declarante se encuentra como paciente, no estoy involucrado en la atencion directa y el cuidado del Declarante se encuentra como paciente, no estoy involucrado en la atencion directa y el cuidado del Declarante y no estoy directamente involucrado en los aspectos financieros de la clinica o centro de salud.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo (Imprimir)

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_

Nombre del Testigo (Imprimir)

Firma del Testigo

Los suscritos, siendo todas las personas que firmamos este documento, en este acto declaramos que este documento ha sido debidamente otorgado.

\_\_\_\_\_  
Declarante

\_\_\_\_\_  
Medico

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Otro

\_\_\_\_\_  
Otro

\_\_\_\_\_  
Otro