

## INFORMACIÓN REFERENTE AL PODER MÉDICO

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL MUY IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO DEBE SABER ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Salvo los límites que usted imponga, este documento le da a la persona que usted nombre como su agente la autoridad de tomar, en su nombre, y cuando usted ya no esté en capacidad de tomarlas por su propia cuenta, todas y cada una de las decisiones referentes a la atención médica conforme con sus deseos y teniendo en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puesto que "atención médica" se refiere a cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para controlar, diagnosticar o tratar cualquier padecimiento físico o mental, su agente tiene el poder de tomar en su nombre, decisiones sobre una amplia gama de opciones médicas. Su agente puede dar consentimiento, negar consentimiento o retirar el consentimiento para recibir tratamiento médico y puede decidir el suspender o no dar tratamiento para prolongar la vida. Su agente no puede autorizar su ingreso voluntario a un hospital para recibir servicios de salud mental ni que le den tratamiento convulsivo, psicocirugía o un aborto. El doctor deberá seguir las instrucciones de su agente o permitir que se le cambié a usted de doctor.

La autoridad de su agente comenzará cuando su doctor certifique que usted no está en capacidad de tomar decisiones de carácter médico.

Su agente tiene la obligación de seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted especifique lo contrario, su agente tiene la misma autoridad que usted tendría para tomar decisiones sobre su atención médica.

Antes de firmar este documento, es muy importante que hable sobre éste con el doctor o con cualquier proveedor médico para asegurarse que entienda la naturaleza y los límites de las decisiones que se tomarán en su nombre. Si no tiene un doctor, debe hablar con alguien más que sepa de estos asuntos y pueda contestar sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para hacer este documento, pero si hay algo en este documento que usted no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted nombre como su agente debe ser alguien conocido y de su confianza. Debe ser mayor de 18 años, o puede ser menor de 18 años si se le ha retirado la incapacidad de minoría de edad. Si usted nombra al proveedor de atención médica o terapeuta (por ejemplo, su doctor o un empleado del centro de salud, hospital, asilo o centro de tratamiento terapéutico, que no sea un pariente) esa persona tiene que escoger entre ser su agente o ser su proveedor de atención médica o terapeuta; conforme con la ley, una misma persona no puede desempeñar las dos funciones a la vez.

Debe informarle a la persona que usted escoja que quiere que ella sea su agente de atención médica. Usted debe hablar sobre este documento con su agente y con su doctor y darle a cada uno de ellos una copia firmada. Usted debe escribir en el documento el nombre de las personas e instituciones a quienes ha dado copias firmadas. Su agente no puede ser enjuiciado por las decisiones sobre atención médica tomadas de buena fe en su nombre..

Aún después de firmar este documento, usted tiene derecho de tomar decisiones de atención médica mientras esté en capacidad de hacerlo y no se le puede administrar o detener un tratamiento si usted se opone. Tiene derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente informándole a su agente o a su proveedor de atención médica o terapeuta, oralmente o por escrito, y firmando un nuevo poder médico. A menos que indique lo contrario, el nombramiento de su cónyuge como su agente se disuelve en el caso de que usted se divorcie.

Ese documento no se puede modificar o cambiar. Si quiere hacer algún cambio, tiene

que hacer un documento nuevo.

Es aconsejable que nombre a un tercer agente en caso de que su agente no quiera, no pueda o esté incapacitado para actuar como su agente. Cualquier agente alterno que usted nombre tendrá la misma autoridad de tomar decisiones de atención médica en su nombre.

**ESTE PODER NO TIENE VALIDEZ A MENOS QUE SE FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS HÁBILES. LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO UNO DE LOS TESTIGOS.**

- (1) la persona que usted ha nombrado como su agente;
- (2) una persona que es su pariente por sangre o matrimonio;
- (3) una persona que, después de su muerte, tenga derecho a cualquier porción de su sucesión de acuerdo con su testamento o con una adición a su testamento firmado por usted o que tenga derecho a ésta por efecto legal;
- (4) el doctor que lo atiende;
- (5) un empleado del doctor que lo atiende;
- (6) un empleado de un centro de atención médica del cual usted es paciente si el empleado le está prestando servicios directamente a usted o es un funcionario, director, socio o empleado de las oficinas del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica; o
- (7) una persona que, en el momento de firmar este poder, pueda reclamar cualquier porción de su sucesión después de su muerte.