

## PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

**NOTA: USTED DEBE USAR ESTE DOCUMENTO PARA NOMBRAR A UNA PERSONA COMO SU REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA SI USTED SE SIENTE CÓMODO/A DÁNDANOLE A ESA PERSONA PODERES ÁMPLIOS Y EXTENSOS PARA TOMAR DECISIONES DE SU PARTE ACERCA DE SU ATENCIÓN MÉDICA. NO ES UN REQUERIMIENTO LEGAL QUE ALGUIEN EJECUTE ESTE PODER PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.**

**EXPLICACIÓN:** *Usted tiene derecho a nombrar a alguien para que éste/a tome decisiones de su parte acerca de su atención médica cuando usted no puede tomar o comunicar esas decisiones. Usted puede usar este formulario para crear un poder para la atención médica que satisface los requisitos de las leyes de Carolina del Norte. Sin embargo, no se le exige usar este formulario y la ley de Carolina del Norte permite el uso de otros formularios que satisfacen ciertos requisitos. Si usted prepara su propio poder para la atención médica, tenga mucho cuidado y asegúrese que su versión esté de acuerdo con las leyes de Carolina del Norte.*

*Este documento le da a la persona que usted designa como su representante médico, **amplios poderes** para tomar decisiones de su parte cuando usted ya no puede tomar decisiones por su cuenta o no puede comunicar su decisión a otras personas. Hable de sus deseos con respecto a los medios de prolongación de vida, tratamientos de salud mental y demás decisiones acerca de su atención médica con su representante médico. Con excepción de las limitaciones o restricciones específicas que usted expresa en este formulario, su representante médico podrá tomar toda decisión relacionada con su atención médica que usted tomaría por su cuenta.*

*Este formulario no impone un deber sobre su representante médico para que ejerza los poderes concedidos, pero cuando se ejerce un poder, su representante médico tendrá la obligación de usar el cuidado debido para actuar en sus mejores intereses y de acuerdo con este documento.*

*La intención de este formulario de Poder para la atención médica es que sea válido en toda jurisdicción en que se podría presentar, pero es posible que lugares fuera de Carolina del Norte impongan requisitos que este formulario no satisface.*

*Si quiere usar este formulario, lo debe llenar y firmar; dos testigos calificados deben atestiguar a su firma y la firma de todos debe autenticarse ante un notario público o fedatario. Siga con mucho cuidado las instrucciones sobre las opciones que tiene. **No firme este formulario** hasta que estén presentes los dos testigos y el notario público o fedatario para presenciarse su firma. Con eso, déle una copia a su representante médico y a los suplentes que usted nombra. Considere el registro del documento en el Advance Health Care Directive Registry (Registro de directivas médicas por adelantado) mantenido por el Secretario de Estado de Carolina del Norte; sírvase ver la página Web <http://www.nclifelinks.org/ahcdr/> (en inglés solamente).*

### 1. Designación de un representante médico.

Yo, \_\_\_\_\_, estando en pleno uso de mis facultades, por el presente nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) para que sirva(n) como mi(s) representante(s) médico(s) y que actúe(n) de parte mía y a nombre mío (de todas las maneras en que yo actuaría en persona), en tomar decisiones para mí acerca de la atención médica, conforme a lo que autoriza este documento. Mi(s) representante(s) designado(s) médico(s) servirá(n) solo(s), en el orden nombrado.



A.	Nombre: _____	Teléfono de casa: _____
	Domicilio particular: _____	Teléfono de trabajo: _____
		Teléfono celular: _____
B.	Nombre: _____	Teléfono de casa: _____
	Domicilio particular: _____	Teléfono de trabajo: _____
		Teléfono celular: _____
C.	Nombre: _____	Teléfono de casa: _____
	Domicilio particular: _____	Teléfono de trabajo: _____
		Teléfono celular: _____

Todo representante médico sucesor designado tendrá los mismos poderes y deberes que si se hubiera nombrado originalmente como un representante médico, y servirá toda vez que su predecesor/a no esté razonablemente disponible o no esté dispuesto/a o no puede servir en esa capacidad.

## 2. Vigencia del nombramiento.

La designación de un representante médico vence solamente cuando yo la revoque. Si no hay revocación, la autoridad concedida con este documento entrará en vigencia cuando y siempre que uno de los médicos indicados a continuación determine que yo ya no tengo la capacidad de tomar ni de comunicar decisiones con respecto a mi atención médica, y la designación continuará en vigencia durante dicha incapacidad o hasta mi muerte, a menos que yo le autorice a mi representante médico ejercer mis derechos con respecto a donaciones anatómicas, autopsia o disposición final de mis restos mortales, dicha autoridad continuará después de mi muerte hasta donde sea necesario para ejercer esa autoridad.

1. \_\_\_\_\_ (Médico/a)

2. \_\_\_\_\_ (Médico/a)

Si no he designado un/a médico/a, o si los médicos nombrados arriba no están razonablemente disponibles, la determinación de que yo ya no tengo la capacidad de tomar ni de comunicar decisiones con respecto a mi atención médica será tomada por el médico responsable de mi atención médica.

## 3. Revocación.

En cualquier momento, mientras que esté capacitado/a, puedo revocar este poder mediante un escrito que yo firme o al comunicar mi intención de revocar el poder, de alguna manera clara y coherente, a mi representante médico o a mi proveedor de atención médica.

## 4. Declaración general de la autoridad concedida.

Sujeto a las restricciones establecidas en la Sección 5, a continuación, yo concedo a mi representante médico todo el poder y la autoridad para tomar todas las decisiones sobre mi atención médica y llevarlas a cabo. Estas decisiones incluyen, pero no se limitan a:

- A. Solicitar, revisar y recibir toda información, verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluyendo, pero sin limitarse a, registros médicos y del hospital, y consentir a la divulgación de dicha información.
- B. Emplear o despedir a mis proveedores de atención médica.



- C. Consentir a y autorizar mi internación en y mi alta de un hospital, hogar de convalecencia, programa o centro de cuidados paliativos, institución de atención a largo plazo o algún otro lugar de atención médica.
- D. Consentir a y autorizar mi internación y retención en una institución para la atención o el tratamiento de enfermedades mentales.
- E. Consentir a y autorizar la administración de medicamentos para el tratamiento de la salud mental y el tratamiento electro convulsivo, que se conoce comúnmente como "terapia de choques".
- F. Dar consentimiento, retirar consentimiento o negar consentimiento para: radiografías, anestесias, medicamentos, cirugías y cualesquier otros procedimientos diagnósticos o de tratamiento ordenados por y conforme a la autorización de un médico licenciado, dentista, pedicuro u otro proveedor de atención médica. Esta autorización específicamente incluye el poder de consentir a medios que alivian el dolor.
- G. Autorizar la negación o la suspensión de medios que prolongan la vida.
- H. Proveer mi información médica a solicitud de cualquier persona que esté actuando como mi representante legal conforme a un poder perdurable, o como fideicomisario/a o fideicomisario/a sucesor conforme a algún Acuerdo de fideicomiso del cual yo soy el cesionista o fiduciario, o a solicitud de alguna otra persona quien mi representante médico cree debería tener dicha información. Yo ruego que dicha información sea suministrada toda vez que aceleraría la gestión oportuna y correcta de mis asuntos o los asuntos de cualquier persona o entidad para la cual yo tengo alguna responsabilidad. Además, autorizo a mi representante médico que tome toda y cada medida legal que sea necesaria para asegurar cumplimiento con mis instrucciones con respecto al acceso de mi información de salud protegida. Dichas medidas incluirán recurrir a todos y cada uno de los procedimientos legales, en los tribunales y extrajudiciales, que pudieran hacer cumplir mis derechos conforme a la ley, e incluirán el tratar de recuperar honorarios de abogado contra cualquier persona que no cumple con este poder para mi atención médica.
- I. Ejercer todo derecho que yo pudiera tener para autorizar una autopsia u ordenar la disposición final de mis restos mortales, a menos que yo ya había hecho gestiones válidas que se debían cumplir durante mi vida y que no fueron revocadas.
- J. Tomar toda acción legal que pudiera ser necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluyendo pero sin limitarse a: (i) firmar, ejecutar, entregar y reconocer todo acuerdo, descargo, autorización u otro documento que pudiera ser necesario, deseable, conveniente o apropiado para poder ejercer y llevar a cabo cualquiera de estos poderes; (ii) conceder descargos de responsabilidad a proveedores médicos u otros; y (iii) incurrir costos razonables de parte mía relacionados con el ejercicio de dichos poderes, siempre que este poder para la atención médica no le dé a mi representante médico, autoridad general sobre mi propiedad ni sobre mis asuntos financieros.

## **5. Disposiciones y limitaciones especiales.**

(Aviso: La autoridad que se concede en este documento tiene la intención de ser la más amplia posible de modo que su representante médico tenga la autoridad de tomar toda decisión que usted pudiera tomar para obtener o dar por terminado todo tipo de tratamiento o servicio de atención médica. Si usted desea limitar el alcance de los poderes de su representante médico, usted lo puede hacer en esta sección. Si no coloca sus iniciales en ninguna de los siguientes bloques, no habrá limitaciones especiales acerca de la autoridad de su representante médico.)



	A. <u>Limitaciones acerca de la nutrición o hidratación artificial:</u> Al ejercer la autoridad de tomar decisiones de atención médica a nombre mío, mi representante médico:
_____ (Iniciales)	<b>NO</b> tendrá autoridad para negar la nutrición artificial (por ejemplo, a través de tubos) <b>O</b> podrá ejercer dicha autoridad solamente de acuerdo con las disposiciones especiales dadas a continuación:
_____ (Iniciales)	<b>NO</b> tendrá autoridad para negar la hidratación artificial (por ejemplo, a través de tubos) <b>O</b> podrá ejercer dicha autoridad solamente de acuerdo con las disposiciones especiales dadas a continuación:
<b>NOTA: Si usted coloca sus iniciales en uno de estos bloques arriba, pero no agrega disposiciones especiales, su representante médico NO TENDRÁ NINGUNA AUTORIDAD para negar la nutrición o la hidratación artificial.</b>	
_____ (Iniciales)	B. <u>Limitaciones con respecto a las decisiones sobre la atención médica.</u> Al ejercer la autoridad de tomar decisiones a nombre mío sobre la atención médica, la autoridad de mi representante médico estará sujeta a las disposiciones especiales que se dan a continuación. [Aquí, usted podrá incluir cualquier disposición específica que usted considera apropiada, como por ejemplo: su propia definición de cuándo se debe negar o suspender el uso de medidas que prolongan la vida; instrucciones para rehusar algún tipo de tratamiento específico que sea inconsistente con sus convicciones religiosas o que le son inaceptables por razón que sea.]
<b>NOTA: NO coloque sus iniciales a menos que indique una limitación.</b>	
_____ (Iniciales)	C. <u>Limitaciones con respecto a decisiones sobre la salud mental.</u> Al ejercer la autoridad de tomar decisiones a nombre mío sobre mi salud mental, la autoridad de mi representante médico quedará sujeta a las disposiciones especiales que se dan a continuación: [Aquí usted puede incluir cualquier disposición específica que usted considera apropiada, como por ejemplo: limitar la concesión de autoridad para tomar solamente decisiones sobre la atención médica; sus propias instrucciones con respecto a la administración o suspensión de medicamentos psicotrópicos y el tratamiento electro convulsivo; instrucciones con respecto a su internación y retención en una institución médica para el tratamiento de su salud mental; o instrucciones para rehusar algún tipo de tratamiento específico que le sea inaceptable.]
<b>NOTA: NO coloque sus iniciales a menos que indique una limitación.</b>	



_____ (Iniciales)	D. <u>Instrucción por adelantado para el tratamiento de la salud mental.</u> [Aviso: Este poder para la atención médica puede incorporarse o combinarse con una instrucción por adelantado para el tratamiento de la salud mental, ejecutado de acuerdo con la Parte 2 del Artículo 3 del Capítulo 122C de las leyes generales del estado, que usted puede usar para indicar sus órdenes con respecto al tratamiento de la salud mental en caso de que usted no tiene la capacidad de tomar o de comunicar decisiones sobre ese tratamiento de salud mental. Debido a que las decisiones de su representante médico deben ser coherentes con cualesquier declaraciones que usted haya expresado en una instrucción por adelantado, usted deberá indicar aquí si ha ejecutado una instrucción por adelantado para el tratamiento de la salud mental]:
	<b>NOTA: NO coloque sus iniciales a menos que dé una indicación.</b>
_____ (Iniciales)	E. <u>Autopsia y disposición final de mis restos mortales.</u> Al ejercer la autoridad de tomar decisiones a nombre mío con respecto a una autopsia y la disposición final de mis restos mortales, la autoridad de mi representante médico quedará sujeta a las disposiciones y limitaciones especiales que se indican a continuación. [Aquí usted puede incluir cualquier limitación específica que usted considera apropiada, como por ejemplo: limitar la concesión y el alcance de la autoridad, o instrucciones con respecto a su entierro o cremación):
	<b>NOTA: NO coloque sus iniciales a menos que indique una limitación.</b>

## 6. Donación de órganos.

Mi representante médico puede ejercer todo derecho que yo pudiera tener, a menos que yo ya había hecho gestiones válidas que se debían cumplir durante mi vida y que no fueron revocadas:

_____ (Iniciales)	Donar cualquier órgano o parte del cuerpo que se necesite; o
_____ (Iniciales)	Donar solamente los siguientes órganos o partes del cuerpo: _____
	<b>NOTA: Coloque sus iniciales solamente en <u>uno</u> de los bloques arriba.</b>
_____ (Iniciales)	Donar mi cadáver al estudio anatómico, si se necesitase.
_____ (Iniciales)	



	<p>Al ejercer la autoridad de hacer donaciones, mi representante médico quedará sujeto a las disposiciones y limitaciones especiales que se dan a continuación: (Aquí usted puede incluir cualquier limitación específica que usted considera apropiada, como por ejemplo: limitar la concesión y el alcance de la autoridad, o instrucciones con respecto a obsequios del cadáver o de partes del cuerpo):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>NOTA: NO coloque sus iniciales a menos que indique una limitación.</b></p>
--	--

**NOTA: SIN SUS INICIALES, NO SE CONCEDE NINGUNA AUTORIDAD PARA DONAR ÓRGANOS EN ESTE DOCUMENTO.**

**7. Disposición con respecto a la curaduría.**

Si pasa a ser necesario que un tribunal me nombre un/a curador/a, nombro a las personas designadas en la Sección 1, en el orden nombrado, a ser mi curador/a, para servir sin fianza o garantía. El/la curador/a actuará de acuerdo con la ley general del estado G.S. 35A-1201(a)(5).

**8. Confianza de terceros en mi representante médico.**

- A. Ninguna persona que se confíe de buena fe en la autoridad de o en las representaciones hechas por mi representante médico, tendrá responsabilidad legal hacia mi, mi sucesión, mis herederos, sucesores, cesionarios o representantes personales, por sus acciones u omisiones al fiarse de esa autoridad o de esas representaciones.
- B. Los poderes concedidos a mi representante médico mediante este documento pueden ser ejercidos por mi representante médico actuando solo, y la firma o acción de mi representante tomada conforme a la autoridad concedida en este documento podrá ser aceptada por otros como que tiene mi completa autorización y con la misma validez y efecto que si yo hubiera estado personalmente presente, competente y actuando por mí mismo/a. Toda acción desempeñada de buena fe por mi representante médico conforme a este poder, se hace con mi consentimiento y tendrá la misma validez y efecto que si yo hubiera estado presente y ejercido los poderes yo mismo/a, y devengará a mi beneficio y me obligará a mi, a mi sucesión, mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales. La autoridad de mi representante médico conforme a este poder será superior al de mi familia, parientes, amigos y otros y además, los obligará a ellos.

**9. Disposiciones varias.**

- A. Revocación de poderes anteriores. Revoco todo poder de atención médica anterior. La oración anterior no tiene intención de revocar ningún poder general, algunas de cuyas disposiciones pueden tratar con la atención médica; sin embargo, este poder tendrá precedencia sobre cualquier disposición de atención médica que se encuentra en algún poder general válido que no he revocado.



- B. Jurisdicción, divisibilidad y durabilidad. Este poder para la atención médica tiene la intención de ser válido en toda jurisdicción en que se presenta. Los poderes delegados conforme a este poder son divisibles, de modo que la invalidez de uno o de varios de los poderes no afectará ninguno de los demás. Este poder no se verá afectado ni revocado debido a mi discapacidad o falta de competencia mental.
- C. Representante médico no será legalmente responsable. Mi representante médico y la sucesión, herederos, sucesores y cesionarios de mi representante médico quedan amparados y absueltos para siempre por mi, mi sucesión, mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales de toda responsabilidad y de toda reclamación o demanda de cualquier índole que surja de los actos u omisiones de mi representante médico, con excepción de un acto ilícito intencional o la negligencia temeraria o imprudente de mi representante médico
- D. Ninguna responsabilidad civil o penal. Ningún acto u omisión de mi representante médico, o de ninguna otra persona, entidad, institución o instalación que actúe de buena fe en confiarse de la autoridad de mi representante médico conforme a este Poder para la atención médica se considerará suicidio o causa de muerte para un fin civil o penal, ni tampoco se considerará ser conducta poco profesional o falta de competencia profesional. Toda persona, entidad, institución o institución contra quien se afirma responsabilidad civil o penal, debido a la conducta autorizada por este Poder para la atención médica, podrá interponer este documento como su defensa.
- E. Reembolso. Mi representante médico tendrá derecho a ser reembolsado/a por todos los gastos razonables que se incurren como resultado de llevar a cabo toda disposición de esta directiva.

Al firmar aquí, yo declaro que estoy mentalmente alerta y soy competente, totalmente informado/a del contenido de este documento y entiendo la trascendencia completa de esta concesión de poderes a mi representante médico.

En este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (SELLO)

Por el presente, declaro que el/la poderdante, \_\_\_\_\_, estando en pleno uso de sus facultades, firmó (u ordenó que otro firmara de su parte) el Poder para la atención médica arriba indicado, en mi presencia, y que yo no soy pariente de el/la poderdante, ni de sangre ni de matrimonio, y que yo no tendría derecho a ninguna parte de la sucesión de el/la poderdante conforme a un último testamento o codicilo de el/la poderdante o como heredero/a según la Ley de sucesión de abintestatos, si el/la declarante fuera a morir en esta fecha sin un último testamento. También declaro que no soy el/la médico/a responsable de atender a el/la poderdante, ni un proveedor de tratamientos de salud mental quien es: (1) un/a empleado/a de el/la médico/a responsable de la atención de el/la poderdante o un proveedor de tratamientos de salud mental; (2) un/a empleado/a de la institución médica en la que el/la poderdante es paciente; o (3) un/a empleado/a de un hogar de convalecencia o residencia geriátrica donde el/la poderdante reside. Además, declaro que no tengo ninguna reclamación contra el/la poderdante o la sucesión de el/la poderdante.

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_



CONDADO DE \_\_\_\_\_, ESTADO DE \_\_\_\_\_

Juramentado (o afirmado) y firmado ante mi en este día por \_\_\_\_\_  
(nombre de el/la firmante en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(nombre del testigo en letra de imprenta)

Fecha \_\_\_\_\_

(Sello oficial)

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público/fedatario

\_\_\_\_\_  
Notario Público (Nombre en letra de imprenta)

Mi comisión vence el: \_\_\_\_\_

I hereby state that the principal, \_\_\_\_\_, being of sound mind, signed (or directed another to sign on the principal's behalf) the foregoing Health Care Power of Attorney in my presence, and that I am not related to the principal by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the principal under any existing will or codicil of the principal or as an heir under the Intestate Succession Act, if the principal died on this date without a will. I also state that I am not the principal's attending physician or mental health treatment provider who is (1) an employee of the principal's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the principal is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the principal resides. I further state that I do not have any claim against the principal or the estate of the principal.

Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ COUNTY, \_\_\_\_\_ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by \_\_\_\_\_  
(type/print name of signer)

\_\_\_\_\_  
(type/print name of witness)

\_\_\_\_\_  
(type/print name of witness)

Date \_\_\_\_\_

(Official Seal)

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

\_\_\_\_\_, Notary Public

Printed or typed name

My commission expires: \_\_\_\_\_

