

Declaración sobre el poder médico

Ley de Directivas Anticipadas (ver Sección 166.163, del Código de Salubridad y Seguridad)



000292

INFORMACIÓN SOBRE EL PODER MÉDICO

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

A menos que usted diga lo contrario, 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 tenga la 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 si suspender o no dar tratamiento para prolongar la vida. Su agente no puede autorizar servicios de salud mental como paciente interno voluntario, tratamiento convulsivo, psicocirugía ni abortos. El doctor tiene que seguir las instrucciones de su agente o permitir que se le cambie a usted de doctor.

La autoridad de su agente comenzará cuando su doctor certifique que usted no tiene la capacidad de tomar decisiones sobre la atención médica.

Su agente tiene la obligación de seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted diga 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 de 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. Tiene que tener 18 años o más, 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 residencial (por ejemplo, su doctor o un empleado de la agencia de salud en casa, hospital, casa para convalecientes o centro de atención residencial, que no sea un pariente) esa persona tiene que escoger entre ser su agente o ser su proveedor de atención médica o residencial; 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 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 que tienen las copias firmadas. Su agente no puede ser enjuiciado por las decisiones sobre atención médica tomadas de buena fe en su nombre.

Aun después de firmar este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones de atención médica mientras tenga la capacidad de hacerlo y no se le puede dar ni suspender un tratamiento si usted se opone. Tiene el derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente informándole a su agente o a su proveedor de atención médica o residencial, oralmente o por escrito, o 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.

**MEDICAL POWER
OF ATTORNEY**

Page 1 of 5

292-Spanish (08/2014)

Este documento no se puede modificar ni cambiar. Si quiere hacer algún cambio, tiene que hacer un documento nuevo.

Es aconsejable que nombre a un agente alterno en caso de que su agente no quiera, no pueda o no llene los requisitos 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:

- (1) USTED LO FIRME Y UN NOTARY PUBLIC RECONOZCA SU FIRMA;
- O
- (2) USTED LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS HÁBILES.

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO UNO DE LOS TESTIGOS:

- (1) la persona que usted nombró 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 propiedad testamentaria por efecto legal o de acuerdo con su testamento o con una adición a su testamento firmado por usted;
- (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 presta 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 propiedad testamentaria después de su muerte.

MEDICAL POWER OF ATTORNEY

PODER MÉDICO
NOMBRAMIENTO DE AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA
Ley de Directivas Anticipadas (ver §166.164, del Código de Salubridad y Seguridad)

Yo, _____ (escriba su nombre) nombro a:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

como mi agente para que tome todas y cada una de las decisiones sobre atención médica por mí, a menos que yo diga lo contrario en este documento. Este poder médico entra en vigor si yo no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica y mi doctor certifica este hecho por escrito.

LA AUTORIDAD DE MI AGENTE PARA TOMAR DECISIONES TENDRÁ LAS SIGUIENTES LIMITACIONES:

NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE ALTERNO:

(Usted no tiene que nombrar a un agente alterno, pero si quiere puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones médicas que tomaría el agente nombrado si el agente nombrado no puede o no quiere hacer las veces de agente. Si el agente nombrado es su cónyuge, el nombramiento se revoca automáticamente por ley si su matrimonio se disuelve).

Si la persona nombrada como mi agente no es capaz o no está dispuesta a tomar decisiones sobre la atención médica por mí, nombro a las siguientes personas, para que hagan las veces de agente para tomar decisiones sobre la atención médica por mí conforme yo las autorice por medio de este documento; y lo harán en el siguiente orden:

Primer agente alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Segundo agente alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

El original de este documento está guardado en: _____

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

DURACIÓN

Comprendo que este poder existirá indefinidamente a partir de la fecha en que yo firmo el documento a menos que yo establezca un término más corto o lo revoque. Si no tengo la capacidad de tomar decisiones médicas por mi propia cuenta cuando este poder se venza, la autoridad que le he dado a mi agente seguirá en vigor hasta que yo pueda volver a tomar decisiones sobre la atención médica por mí mismo.

(SI APLICA) Este poder se vencerá en la siguiente fecha: _____

REVOCACIÓN DE NOMBRAMIENTOS ANTERIORES

Revoco cualquier poder médico anterior.

ACUSE DE RECIBO DE LA DECLARACIÓN

Me dieron la declaración en la que se explican las consecuencias de este documento. He leído y entiendo la información incluida en esta declaración.

(TIENE QUE ESCRIBIR LA FECHA Y FIRMAR ESTE PODER. PUEDE FIRMARLO Y HACER QUE UN NOTARY PUBLIC RECONOZCA SU FIRMA O PUEDE FIRMARLO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS HÁBILES).

FIRMA RECONOCIDA ANTE UN NOTARY

Firmo mi nombre en este poder médico el día _____ de _____ (mes) de _____ (año) en

(Ciudad y Estado)

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

State of Texas

County of _____

This instrument was acknowledged before me on _____ (date) by _____
(name of person acknowledging).

NOTARY PUBLIC, State of Texas
Notary's printed name:

My commission expires:

O

FIRMA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS HÁBILES

Firmo mi nombre en este poder médico el día _____ de _____ (mes) de _____ (año) en

(Ciudad y Estado)

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

No soy la persona nombrada como agente por medio de este documento. No soy pariente del poderante ni por sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la propiedad testamentaria del poderante después de su fallecimiento. No soy el doctor que atiende al poderante ni estoy empleado por el doctor que lo atiende. No tengo ningún derecho sobre ninguna porción de la propiedad testamentaria del poderante después de su fallecimiento. Además, si trabajo en el centro de atención médica donde es paciente el poderante, no tengo que ver con el cuidado directo del poderante y no soy funcionario, director, socio, ni empleado de la oficina del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____