

**PODER PARA EL AVISO DEL DOCUMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA A LA PERSONA QUE HACE ESTE DOCUMENTO**

**(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE DOCUMENT
NOTICE TO PERSON MAKING THIS DOCUMENT)**

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. No se le puede brindar atención médica si no lo desea, y no se puede suspender la atención médica necesaria si usted se opone.

Debido a que sus proveedores de atención médica en algunos casos pueden no haber tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, a menudo no están familiarizados con sus creencias y valores, ni con los detalles de sus relaciones familiares. Esto plantea un problema si usted fuera física o mentalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal para especificar a la persona que desea que tome las decisiones de atención médica por usted si usted no puede tomar esas decisiones personalmente. Esa persona es conocida como su representante de atención médica. Debe tomarse un tiempo para analizar sus pensamientos y creencias sobre el tratamiento médico con la persona o las personas que ha especificado. Puede indicar en este documento cualquier tipo de atención médica que desee o no desee, y puede limitar la facultad de su representante de atención médica. Si su representante de atención médica desconoce sus deseos con respecto a una decisión de atención médica en particular, se le solicitará que determine qué sería lo más beneficiosos para usted al tomar la decisión.

Este es un documento legal importante. Le otorga a su representante amplias facultades para tomar decisiones de atención médica por usted. Revoca cualquier poder previo para atención médica que usted haya realizado. Si desea cambiar su poder para atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, ordenando a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito y con fecha o indicando que se ha revocado en presencia de dos testigos. Si revoca el documento, debe notificar a su representante, a los proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a la que le haya entregado una copia. Si su representante es su cónyuge o su pareja doméstica y su matrimonio se ha anulado, o si está divorciado o la relación con su pareja doméstica se termina después de firmar este documento, el documento no es válido.

También puede usar este documento para aceptar o negarse a hacer una donación de órganos después de su muerte. Si usa este documento para aceptar o negarse a hacer una donación de órganos, este documento revoca cualquier registro o donación anterior que pueda haber hecho. Puede revocar o cambiar cualquier donación de órganos que haga mediante este documento, tachando la disposición de donaciones de órganos en este documento.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente. Se sugiere que guarde el original de este documento en el archivo de su médico u otro proveedor de atención primaria.

PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA
(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

El documento se formaliza a los _____ días de _____ (mes) de _____ (año).

CREACIÓN DEL PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____

(nombre en letra de imprenta, dirección y fecha de nacimiento),

en pleno uso de mis facultades mentales, tengo la intención de crear un poder para atención médica mediante el presente documento. Mi firma en este poder para atención médica es voluntaria. A pesar de la creación de este poder para atención médica, espero estar completamente informado y que se me permita participar en toda decisión de atención médica para mí, en la medida de lo posible. Para los fines de este documento, “decisión de atención médica” se refiere a una decisión informada de aceptar, mantener, interrumpir o rechazar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar mi afección física o mental.

Además, puedo, mediante este documento, especificar mis deseos con respecto a hacer una donación de órganos tras mi fallecimiento.

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Si ya no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, debido a mi incapacidad, por el presente designo a _____

(nombre en letra de imprenta, dirección y número de teléfono) para que sea mi representante de atención médica con el fin de tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Si él o ella alguna vez no puede o no quiere hacerlo,

por el presente designo a _____

(nombre en letra de imprenta, dirección y número de teléfono)

para que sea mi representante de atención médica alternativo con el fin de tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Ni mi representante de atención médica ni mi representante de atención médica alternativo, a quienes he designado, son mis proveedores de atención médica, empleados de mi proveedor de atención médica, empleados de un centro de atención médica en el que soy un paciente ni cónyuges de cualquiera de esas personas, a menos que él o ella también sea mi pariente. Para los fines de este documento, existe “incapacidad” si dos médicos o un médico y un psicólogo, enfermero practicante o auxiliar médico que me hayan examinado personalmente firman una declaración que exprese de forma específica su opinión de que tengo una afección que implica que no puedo recibir ni evaluar información de manera eficiente o comunicar decisiones de tal manera que carezco de capacidad para administrar mis decisiones de atención médica. Debe adjuntarse a este documento una copia de esa declaración.

DECLARACIÓN GENERAL DE FACULTAD OTORGADA

A menos que haya especificado lo contrario en este documento, si alguna vez tengo una incapacidad, indico a mi proveedor de atención médica que obtenga la decisión de atención médica de parte de mi representante de atención médica, en caso de necesitar tratamiento, para toda mi atención médica y tratamiento. He analizado exhaustivamente mis deseos con mi representante de atención médica y creo que él o ella entiende mi filosofía con respecto a las decisiones de atención médica que tomaría si fuera capaz de hacerlo. Quiero que mis deseos se cumplan mediante la facultad otorgada a mi representante de atención médica en virtud de este documento.

Si, debido a mi incapacidad, no puedo tomar una decisión de atención médica, se le indicó a mi representante de atención médica que tome la decisión de atención médica por mí, pero mi representante de atención médica debería tratar de hablar conmigo sobre la atención médica propuesta específica si puedo comunicarme de cualquier manera, incluso parpadeando. Si no se puede hacer esta comunicación, mi agente de atención médica debe basar su decisión en cualquier elección de atención médica que haya expresado antes del momento de la decisión. Si no he expresado una elección de atención médica sobre la atención médica en cuestión y no se puede hacer la comunicación, mi representante de atención médica basará su decisión de atención médica en lo que él o ella crea que es más beneficioso para mí.

LIMITACIONES EN EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Mi representante de atención médica no puede ingresarme ni internarme en forma hospitalaria en una institución para enfermedades mentales, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual, un centro de tratamiento estatal o un centro de tratamiento. Mi representante de atención médica no puede dar mi consentimiento para investigación experimental en materia de salud mental o la psicocirugía, el tratamiento electroconvulsivo ni procedimientos de tratamiento de salud mental drásticos para mí.

ADMISIÓN EN RESIDENCIAS O CENTROS RESIDENCIALES COMUNITARIOS

Mi representante de atención médica puede ingresarme a una residencia de ancianos o un centro residencial comunitario para estancias de corta duración con fines de recuperación o atención de relevo.

Si marqué “Sí” para las siguientes opciones, mi representante de atención médica puede ingresarme para un fin que no sea atención de recuperación o de relevo, pero si marqué “No”, mi representante de atención médica no podrá hacerlo:

1. Una residencia para personas mayores Sí No
2. Un centro residencial comunitario Sí No

Si no marqué “Sí” o “No” en las opciones anteriores, mi representante de atención médica puede ingresarme solo para estancias de corta duración con fines de atención de recuperación o de relevo.

SUMINISTRO DE UNA SONDA

Si marqué "Sí" a la siguiente opción, mi representante de atención médica puede suspender el uso o retirarme la sonda de alimentación, a menos que mi médico, auxiliar médico o enfermero practicante haya informado que, según su criterio profesional, esto me causará dolor o reducirá mi comodidad. Si marqué "No" a la siguiente opción, mi representante de atención médica no puede suspender el uso o retirarme la sonda de alimentación.

Mi representante de atención médica no puede retirarme la nutrición o hidratación ingeridas por vía oral a menos que el suministro de la nutrición o hidratación esté médicamente contraindicado.

Retirar una sonda de alimentación Sí No

Si no marqué "Sí" o "No" en las opciones anteriores, mi representante de atención médica no puede retirarme la sonda de alimentación.

DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES EMBARAZADAS

Si marqué "Sí" a la siguiente opción, mi representante de atención médica puede tomar decisiones de atención médica por mí, incluso si sabe que estoy embarazada. Si marqué "No" a la siguiente opción, mi representante de atención médica no puede tomar decisiones de atención médica por mí si sabe que estoy embarazada.

Decisión de atención médica si estoy embarazada Sí No

Si no marqué "Sí" o "No" en las opciones anteriores, mi representante de atención médica no puede tomar decisiones de atención médica por mí si sabe que estoy embarazada.

DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES O LIMITACIONES ESPECIALES

Al ejercer la facultad en virtud de este documento, mi representante de atención médica actuará de manera coherente con mis siguientes deseos declarados, si los hubiere, y está sujeto a cualquier disposición o limitación especial que yo especifique. Los siguientes son algunos deseos, disposiciones o limitaciones específicos que deseo establecer (agregue más elementos, si es necesario):

1. _____
2. _____
3. _____

INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA A MI SALUD FÍSICA O MENTAL

Sujeto a cualquier limitación en este documento, mi representante de atención médica tiene la facultad para realizar las siguientes acciones:

- a) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, oral o escrita, sobre mi salud física o mental, incluida la historia clínica y los registros hospitalarios.
- b) Ejecutar en mi nombre cualquier documento que pueda ser necesario para obtener esta información.
- c) Dar su consentimiento para la divulgación de esta información.

(El mandante y los testigos deben firmar el documento al mismo tiempo).

FIRMA DEL MANDANTE

(Persona encargada de la creación del Poder para atención médica)

Firma _____ Fecha _____

(La firma de este documento por parte del mandante revoca todos los poderes previos para documentos de atención médica).

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Conozco al mandante personalmente y creo que está en pleno uso de sus facultades mentales y que tiene al menos 18 años de edad. Creo que su ejecución de este poder para atención médica es voluntaria. Tengo al menos 18 años de edad, no tengo con el mandante parentesco de sangre, relación matrimonial, relación de pareja doméstica ni de adopción, y no soy responsable financieramente en forma directa de su atención médica. No soy un proveedor de atención médica que esté atendiendo al mandante en este momento, un empleado del proveedor de atención médica, que no sea un capellán o un trabajador social, ni un empleado, que no sea un capellán o un trabajador social, de un centro de atención médica para pacientes hospitalizados en el que el declarante sea un paciente. No soy el representante de atención médica del mandante. A mi leal saber y entender, no tengo derecho ni reclamo sobre el patrimonio del mandante.

Testigo número 1

Nombre (en letra de imprenta) _____ Date _____

Dirección _____

Firma _____

Testigo número 2

Nombre (en letra de imprenta) _____ Date _____

Dirección _____

Firma _____

**DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA Y DEL
REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA ALTERNATIVO**

Comprendo que _____ (nombre del mandante) me ha designado como su representante de atención médica o representante de atención médica alternativo si alguna vez se descubre que tiene incapacidad y no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo o misma

_____ (nombre del mandante)
analizó conmigo sus deseos sobre las decisiones de atención médica.

Firma del representante _____

Dirección _____

Firma del representante alternativo _____

Dirección _____

La falta de ejecución de un documento de poder de atención médica en virtud del capítulo 155 de los Estatutos de Wisconsin no crea ninguna presunción acerca de la intención de cualquier persona con respecto a sus decisiones de atención médica.

Este poder para atención médica se ejecuta según lo dispuesto en el capítulo 155 de los Estatutos de Wisconsin.

DONACIONES DE ÓRGANOS (opcional)

A mi fallecimiento:

Deseo donar solo los siguientes órganos o partes: (especifique los órganos o partes).

Deseo donar cualquier órgano o parte necesarios.

Deseo donar mi cuerpo para un estudio anatómico, si es necesario.

Me niego a hacer una donación de órganos. (Si el presente revoca un compromiso previo que hice para hacer una donación de órganos a un donatario designado, intentaré notificar al donatario a quien acepté hacerle una donación).

El hecho de no marcar ninguna de las líneas inmediatamente anteriores no crea ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o negarme

Firma _____ Fecha _____