

Directrices Adelantadas de Cuidado de Salud (Designación de Representante)

Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de su propia atención de la salud. También tiene el derecho de hacer que alguien más tome las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario le permite hacer una de estas dos cosas o ambas. También le permite expresar sus deseos acerca de la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si usted utiliza este formulario, puede llenarlo o modificarlo todo o cualquier parte del mismo. También puede utilizar otro formulario.

Instrucciones

Parte 1 – Designación de Representante

La Parte 1 le permite nombrar a otro individuo como representante para que tome las decisiones de atención de la salud por usted en caso que llegue a ser incapaz de tomar sus propias decisiones o si usted quiere que alguien más tome esas decisiones por usted ahora aunque todavía siga siendo capaz. También puede nombrar a un representante suplente que actúe por usted si su primera elección no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar decisiones por usted. Usted tiene la elección de firmar este documento frente a un médico y dos testigos idóneos que no sean sus herederos o personas que participen directamente en su cuidado.

A menos que el formulario que usted firme limite la autoridad de su representante, éste podrá tomar todas las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario tiene un lugar para que usted limite la autoridad de su representante. No es necesario que la limite si desea depender de él para todas las decisiones de atención de la salud que puedan tener que tomarse. Si usted opta por no limitar la autoridad de su representante, éste tendrá el derecho a:

1. Prestar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una enfermedad física o mental.
2. Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención de la salud.
3. Aprobar o desaprobar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir el que se le provea, deniegue o retire las formas de mantenimiento de la salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
5. Hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de los restos.

Parte 2 – Instrucciones para el Cuidado de Salud

La Parte 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención de la salud, ya sea que usted nombre un representante o no. Se proporcionan opciones para que usted exprese sus deseos acerca de que se le provean, denieguen o retiren tratamientos médicos para mantenerlo vivo, así como el proveimiento de alivio del dolor. También se proporciona espacio para que usted aumente las opciones que haya hecho o que anote cualesquier deseos adicionales. Si está conforme con dejar que su representante determine lo que sea mejor para usted al tomar decisiones relacionadas con el final de la vida, no es necesario que llene la Parte 2 de este formulario.

La Parte 3 – Donación de Órganos

La Parte 3 de este formulario le permite expresar una intención de donar sus órganos y tejidos corporales después de su muerte.

La Parte 4 – Médico Primario

La Parte 4 de este formulario le permite designar un médico que tenga la responsabilidad primaria de la atención de su salud.



La Parte 5 – Firma

Después de llenar este formulario, ponga su firma y la fecha al final del mismo.

La Parte 6– Los Testigos

El formulario debe ser firmado por un doctor y dos testigos calificados o juramentado ante un notario público. Entrégueles copias del formulario firmado y debidamente llenado a su médico, a cualesquier otros proveedores de atención de la salud que pueda tener, a cualquier institución de atención de la salud en la que lo estén atendiendo y a todos los representantes de atención de la salud que haya nombrado. Deberá hablar con la persona que haya nombrado como representante para asegurar que ésta entienda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

Usted tiene derecho a revocar estas directrices adelantadas o a reemplazar este formulario en cualquier momento.

PARTE 1 – PODER PARA ATENCIÓN DE LA SALUD

(1.1) DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE: Designo a la siguiente persona como mi representante para que tome las decisiones de atención de la salud por mí:

Nombre de la persona seleccionada como su representante _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

(Teléfono residencia)

(Teléfono trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante o si mi representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi primer representante suplente a:

Nombre de la persona seleccionada como su representante suplente _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

(Teléfono residencia)

(Teléfono trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante y mi primer representante suplente o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi segundo representante suplente a:

Nombre de la persona seleccionada como su segundo representante suplente _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

(Teléfono residencia)

(Teléfono trabajo)

(1.2) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: Mi representante está autorizado para tomar todas las decisiones de atención de la salud por mí, incluyendo las decisiones para proveer, negar o retirar las formas de atención de la salud para mantenerme vivo, excepto como lo consigno aquí: (Si es necesario, agregue hojas adicionales.)



(1.3) CUANDO ENTRA EN VIGENCIA LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE: (Marque con una X su elección)

- La autoridad de mi representante entra en vigencia cuando mi médico de atención primaria determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud.
- La autoridad de mi representante para tomar las decisiones de atención de la salud por mí entra en vigor inmediatamente.

(1.4) OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE: Mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con este poder notarial para atención de la salud, todas las instrucciones que yo proporcione en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos en la medida conocida para mi representante. En la medida que mis deseos sean desconocidos, mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con lo que mi representante determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi representante deberá considerar mis valores personales en la medida conocida por el mismo.

(1.5) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE DESPUÉS DE LA MUERTE: Mi representante está autorizado para hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de mis restos, excepto como yo lo consigno aquí o en la Parte 3 de este formulario: (Si es necesario, agregue hojas adicionales).



(1.6) NOMBRAMIENTO DEL CONSERVADOR: Si es necesario que una corte designe para mí un conservador de mi persona, yo nombro al representante designado en este formulario. Si ese representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como conservador, nombro a los representantes suplentes que he designado, en el orden en que lo he hecho.

PARTE 2 – INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Si usted llena esta parte del formulario, podrá tachar cualquier texto que no quiera.

(2.1) DECISIONES DEL FINAL DE LA VIDA: Ordeno que mis proveedores de atención de la salud y otros que participen en mi atención provean, nieguen o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección que yo haya marcado abajo:

- Elección de no prolongar la vida -No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una enfermedad incurable e irreversible que resulte en mi muerte dentro de un periodo relativamente corto, (2) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certidumbre médica, no lo recuperaré o (3) los riesgos y cargas probables del tratamiento serían más mayores que los beneficios previstos,

- Elección de prolongar la vida -Quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención de la salud generalmente aceptadas.

(2.3) OTROS DESEOS: (Si usted no está de acuerdo con alguna de las elecciones opcionales que aparecen arriba y desea anotar las suyas propias, o si desea aumentar las instrucciones que ha proporcionado arriba, puede hacerlo aquí).

Ordeno que: _____

(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)

PARTE 3 – DONACIÓN DE ÓRGANOS DESPUÉS DE LA MUERTE (OPCIONAL)

(3.1) Después de mi muerte (marque la casilla apropiada):

- Dono todos los órganos, tejidos o partes necesarios,
- Dono solamente los siguientes órganos, tejidos o partes.

Mi donación es para los siguientes propósitos (tache cualquiera de los siguientes que usted no desee):



- Trasplante
- Terapia
- Investigación
- Educación

PARTE 4 – MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (OPCIONAL)

(4.1) Designo al siguiente como mi médico de atención primaria:

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

OPCIONAL: Si el médico que he designado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como mi médico de atención primaria, designo al siguiente para que desempeñe este papel:

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

PARTE 5 – Firma

(5.1) EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(5.2) FIRMA: Firme y ponga aquí la fecha en el formulario:

Fecha: _____

Nombre: _____
(Ponga su firma) (Escriba su nombre con letra de molde)

Dirección: _____

(5.3) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1) que conozco personalmente a la persona que firmó estas directrices adelantadas, o que la identidad de la persona me fue demostrada con evidencia convincente, (2) que la persona firmó o certificó estas directrices adelantadas en mi presencia, (3) que la persona encontrarse en buen estado mental y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida, (4) que no soy la persona designada como representante en estas directrices adelantadas.

Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Médico: _____

Fecha: _____

Primer Testigo

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Segundo Testigo

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____



Usted puede utilizar esta notarización ante un notario público en lugar de la utilización de testigos.

Affidávit: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____,
mayor de edad, _____, vecino de _____, Puerto Rico a quien

- doy fe de conocer personalmente
- he identificado plenamente mediante los medios admitidos por la ley Notarial de Puerto Rico.

En _____, Puerto Rico, hoy _____.

Notario Público



ENRpst0074_1F06 spa