

PODER LEGAL DE CUIDADO MÉDICO

1. Designación del Agente de Cuidado de Salud

Yo, _____, estando en pleno dominio de mis facultades mentales, mediante la presente designo a

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono en su casa: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Como abogado de facto a cargo del cuidado de mi salud (de aquí en adelante conocido como mi “Agente de Cuidado de Salud”) para actuar por mí y en mi nombre (en toda forma en que pudiera hacerlo yo en persona) para tomar decisiones por mí en cuanto al cuidado de mi salud según se autoriza en este documento. Si la persona nombrada como mi Agente de Cuidado de Salud no está razonablemente disponible, o no le es posible, o no desea actuar como mi agente, entonces asigno a la(s) siguiente(s) persona(s) (cada una a actuar sola y sucesivamente, en el orden que se nombran), para servir en dicha capacidad: (Opcional)

A. Nombre _____

Dirección _____

Teléfono en su casa: _____ Teléfono en el trabajo: _____

B. Nombre _____

Dirección _____

Teléfono en su casa: _____ Teléfono en el trabajo: _____

Cada Agente de Cuidado de Salud designado en sucesión va a tener la misma autoridad con el mismo poder y deberes como si hubiera sido el Agente de Cuidado de Salud que yo nombré originalmente.

2. Efectividad de la designación

(Nota: Este poder legal de cuidado de salud puede ser revocado por usted en cualquier momento en cualquier forma mediante la cual pueda usted comunicar su intención de revocación a su Agente de Cuidado de Salud y al médico que le atiende).

De no revocarse, la autoridad otorgada mediante este documento será efectiva cuando y si el médico o médicos designados a continuación determinen que carezco de suficiente comprensión o capacidad de tomar o comunicar decisiones relacionadas a mi cuidado de salud y continuará en efecto durante mi incapacidad, hasta mi muerte. Esta determinación deberá ser tomada por el siguiente o siguientes médicos (Usted puede incluir aquí el nombramiento que usted escoja, incluyendo el médico que la atiende o cualquier otro médico. Usted puede también nombrar dos o más médicos, si lo desea, los cuales deberán tomar esta determinación conjuntamente antes de que la autoridad otorgada al Agente de Cuidado de Salud sea puesta en efecto):

3. Declaración General de la Autoridad Otorgada

A excepción de como se indica en la sección 4 a continuación, otorgo a mi Agente de Cuidado de Salud arriba nombrado el poder y la autoridad completa de tomar decisiones por mí acerca del cuidado de mi salud, incluyendo, pero no limitándose, a lo siguiente:

A. El requerir, revisar, y recibir toda información, verbal o escrita, relacionada a mi salud física o mental, incluyendo, pero no limitándose, a archivos del hospital y de los médicos, y el dar consentimiento a que se divulgue esta información;

- B. El emplear o despedir a mis proveedores de cuidado de salud;
- C. El dar consentimiento y autorizar mi admisión a, y mi salida de, un hospital, casa de cuidado de salud, centro de convalecencia, u otra institución;
- D. El dar consentimiento, quitar consentimiento, o rehusar el consentimiento para que se lleven a cabo radiografías, anestesia, medicamentos, cirugía, y cualquier otro procedimiento diagnóstico o de tratamiento ordenado o autorizado por un médico licenciado, dentista, o pediatra. Esta autorización incluye específicamente el poder de dar consentimiento a medidas para el alivio del dolor.
- E. El autorizar que se rehúsen o que se retiren procedimientos para sostener mi vida, cuando y si, mi médico determina que yo padezco de una enfermedad terminal, que estoy en coma permanente, que sufro de demencia severa, o que estoy en un estado vegetativo persistente. Los procedimientos para sostener la vida son aquellas formas de cuidado médico que sólo sirven para prolongar de manera artificial el proceso de la muerte y pueden incluir ventilación mecánica, diálisis, antibióticos, nutrición artificial e hidratación, y otras formas de tratamiento médico que sostengan, restauren or suplanten las funciones vitales del cuerpo. Los procedimientos para sostener la vida no incluyen el cuidado necesario para confortar o aliviar el dolor.

YO NO DESEO QUE MI VIDA SEA PROLONGADA MEDIANTE EL USO DE PROCEDIMIENTOS PARA SOSTENER LA VIDA SI PADEZCO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL, ESTOY EN COMA PERMANENTE, SUFRO DE DEMENCIA SEVERA, O ESTOY EN UN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE.

F. El ejercer cualquier derecho que yo tenga de disponer de cualquier parte, o de todo mi cuerpo, para propósitos médicos, el donar mis órganos, el autorizar una autopsia, y el dirigir la disposición de mis restos.

G. El tomar cualquier acción legal que pueda ser necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluyendo la donación de exoneraciones de responsabilidad a los proveedores de cuidado médico.

4. Estipulaciones especiales y limitaciones

(Nota: El otorgamiento de poder anterior intenta ser tan amplio como sea posible de manera de que su Agente de Cuidado de Salud tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que usted pudiese tomar para obtener o terminar cualquier tipo de cuidado de salud. Si usted quiere limitar el alcance del poder de su Agente de Cuidado de Salud, usted lo puede hacer en esta sección).

Al ejercer la autoridad de tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud en mi lugar, la autoridad de mi Agente de Cuidado de Salud está sujeta a las siguientes estipulaciones especiales y limitaciones (Aquí puede usted incluir cualquier limitación específica que considere apropiada, tales como: su propia definición sobre cuando el tratamiento para sostener la vida debe ser rehusado o no continuado, o instrucciones para rehusar cualquier tipo específico de tratamiento que sea incompatible con sus creencias religiosas, o inaceptable para usted por cualquier otra razón.):

5. Estipulación de custodia

De ser necesario que la Corte nombre una persona a cargo de mi custodia, yo nomino a mi

Agente de Cuidado de Salud, quien bajo este documento actúa como guardián de mi persona sin recibir fianza o seguridad alguna.

6. Confianza de Terceras Partes en el Agente de Cuidado de Salud

- A. Ninguna persona que de buena fé dependa de la autoridad de, o de cualquier acto de, mi Agente de Cuidado de Salud, tendrá responsabilidad alguna ante mí, mis bienes de herencia, mis herederos, sucesores, designados, o representantes personales, por acciones u omisiones por parte de mi Agente de Cuidado de Salud.
- B. Los poderes conferidos a mi Agente de Cuidado de Salud mediante este documeto pueden ser ejercidos solamente por mi Agente de Cuidado de Salud, y la firma y acta de mi Agente de Cuidado de Salud, de acuerdo con la autoridad conferida por este documento, deben ser aceptadas por las personas como completamente autorizadas por mí, y con la misma fuerza y efecto como si estuviera yo personalmente presente, competente y actuando por mi propia parte. Todos los actos llevados a cabo de buena fé por parte del Agente de Cuidado de Salud de acuerdo a este poder son llevados a cabo con mi consentimiento y tendrán la misma validez y efecto que si estuviese presente y ejerciese los poderes por mí mismo, asegurando y manteniendo esta promesa por sobre mis bienes de herencia, mis herederos, sucesores, designados, o representantes personales. La autoridad de mi Agente de Cuidado de Salud según este poder será superior y prevelacerá sobre mi familia, parientes, amigos y otros.

7. Estipulaciones Misceláneas

- A. Revoco cualquier poder legal de cuidado médico anterior a éste.
- B. El Agente de Cuidado de Salud podrá firmar, ejecutar, entregar, y reconocer cualquier contrato u otro documento que pueda ser necesario, deseable, conveniente, o apropiado para ejercer y llevar a cabo cualquiera de los poderes descritos en este documento e incurrir en costos razonables por mi cuenta que sean incidentes al ejercicio de estos poderes; se entiende, sin embargo, que excepto cuando sea necesario para el cumplimiento de los poderes descritos en este documento relacionados al cuidado de mi salud, mi Agente de Cuidado de Salud no tendrá autoridad alguna sobre mi propiedad o asuntos financieros.
- C. Mi Agente de Cuidado de Salud y sus bienes de herencia, herederos, sucesores y designados, son mediante la presente librados y para siempre exonerados de responsabilidad por mí, mis bienes de herencia, herederos, sucesores y designados, en el caso de todo reclamo o demanda de todo tipo que surgiese de los actos u omisiones de mi Agente de Cuidado de Salud de acuerdo a este documento, excepto en el caso de negligencia extrema o mala conducta deliberada.
- D. Ningún acto u omisión por parte de mi Agente de Cuidado de Salud, o cualquier otra persona, institución, o facilidad que esté actuando de buena fé y confiando en la autoridad del Agente de Cuidado de Salud según el poder legal de cuidado médico será considerado suicida, ni la causa de mi muerte, para ningún propósito civil o criminal, ni será considerado conducta no profesional o falta de competencia profesional. Toda persona, institución, o facilidad contra la cual se estime responsabilidad ya sea civil o criminal que sea resultado de la conducta autorizada mediante este poder legal de cuidado médico podrá interponer este documento como defensa.

ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE

CONDADO DE _____ CERTIFICADO _____

Yo, _____, Notario Público para el Condado de _____, Carolina del Norte, mediante la presente certifico que, _____, el poderdante, se presentó ante mí y juró a los testigos y a mí que este instrumento es su poder legal de cuidado médico, y que él/ella lo ha hecho y ejecutado de manera intencional y voluntaria como acto libre y propio para el propósito expresado en el mismo.

Además certifico que los testigos _____ y _____, se presentaron ante mí y juraron haber presenciado al poderdante _____, firmar este poder legal de cuidado médico, convencidos de que estaba en pleno poder de sus facultades mentales; y también juraron que en el momento de presenciar la imposición de la firma, (y) no estaban relacionados al poderdante o su esposo/a hasta un tercer grado de parentesco, y que (ii) no tenían ya sea conocimiento o expectativa razonable de tener derecho a parte alguna de los bienes de herencia del poderdante bajo ningún testamento o legado del poderdante o como herederos bajo el Acta Interestatal de Sucesión en caso de que el poderdante muriera en esta fecha sin haber hecho un testamento, y que (iii) no son el médico que le atiende, o empleados del médico que atiende al poderdante, o empleados de una facilidad médica de la cual el poderdante es paciente, o empleados de una clínica particular o residencia de cuidado grupal donde reside el poderdante, y que (iv) declaran que no tienen derecho de reclamo alguno en contra del poderdante. Certifico así mismo que estoy satisfecho en cuanto a la autenticidad y debida ejecución de este instrumento.

Este es el día _____ del mes de _____ del año 200 _____

Notario Público _____

Mi comisión expira: _____

(Una copia de este formulario deberá ser entregada al Agente de Cuidado de Salud y a cualquier otra persona alterna nombrada en este poder legal de cuidado médico, al igual que a su médico y a los miembros de su familia).

Yo _____ estoy de acuerdo en actuar como Agente de Cuidado de Salud para _____ según lo acordado en este poder legal de cuidado médico.

Este es el día _____ del mes de _____ del año 200 _____