

Darle un Poder Notarial a alguien para el Cuidado de su Salud

Una guía con una Forma Legal fácil-de-usar para todos los Adultos



Preparado por:

Comisión en Ley Y Envejecimiento

Asociación Americana de Abogados



Esta publicación fue producida por la Comisión en Ley y Envejecimiento, Asociación Americana de Abogados

La misión de ABA (Asociación Americana de Abogados, por sus siglas en inglés) es fortalecer y asegurar los derechos legales, dignidad, autonomía, calidad de vida, y la calidad de los cuidados de los ancianos. Esta misión se lleva a cabo por medio de investigaciones, desarrollo de políticas, asistencia técnica, defensa, educación y entrenamiento. Esta publicación brinda información y herramientas que individuos pueden usar para preparar sus propio poder notarial sobre cuidados de salud. Ver: www.americanbar.org/envejecimieneto

La ABA con gratitud reconoce a Archstone Foundation y al California HealthCare Foundation por sus fondos para esta publicación. Ver:

www.Archstone.org

www.CHCF.org

Copyright © 2011 by the American Bar Association

Los puntos de vista u opiniones en esta publicación no representan las políticas oficiales o posiciones de la Asociación Americana de Abogados al menos que sea adoptada de acuerdo a los estatutos de la Asociación.

Esta publicación no da asesoría legal y ni sustituye a un abogado, ni trata de contestar todas las preguntas acerca de todas las situaciones que se pudiera encontrar. Si necesita asesoría legal u otro tipo de asistencia experta, busque los servicios de un abogado u otra persona profesional competente.

El destino de este folleto es para educación y para información solamente. No lo puede reproducir de ninguna manera para propósitos comerciales al menos que reciba una autorización por escrito de la Asociación Americana de Abogados.

Darle un poder notarial a alguien para el Cuidado de su Salud

La forma en esta guía es una versión simple de una Directiva Anticipada para Cuidado de su Salud. Le permite escoger a alguien para que tome decisiones del cuidado de su salud por usted si usted no puede. Si usted nombra a un agente para el cuidado de su salud cuando está saludable, se asegurará que alguien en el que usted confía pueda tomar decisiones si está enfermo o se hace algún daño para poder hacerlo usted mismo.

Para poder usar propiamente la forma, debe hacer 3 cosas:

1

Con cuidado piense acerca de la persona que va a escoger para que sea su agente del cuidado de su salud.

2

Piense en qué guías le quiere dar a su agente del cuidado de su salud para hacer decisiones de tratamientos para usted. Después hablen acerca de sus decisiones.

3

Llene la forma, *Un Poder Notarial para el Cuidado de mi Salud*, y siga las instrucciones para firmarla en presencia de dos testigos.

Antes de comenzar, lea esto.

¿Puede usar esta forma?

Generalmente, puede usar esta forma dondequiera que viva en los Estados Unidos para nombrar a un agente del cuidado de salud o representante.

Sin embargo, en algunos estados no puede usar esta forma.

Algunos estados no permiten a la agente usar una forma universal. Así que, no puede usar esta forma si vive en:

- Indiana
- New Hampshire
- Ohio
- Texas
- Wisconsin

Algunos estados tienen requisitos especiales para testigos en ciertos centros de cuidados. Así que, no puede usar esta forma si vive en una residencia de ancianos o en algún otro centro de cuidados.

- California
- Connecticut
- Delaware
- Nevada
- New York
- Oregon
- Vermont

Pero si no vive en una residencia de ancianos u otro centro de cuidados en estos estados, si puede usar esta forma.

1

Con cuidado piense acerca de la persona que va a escoger para que sea su agente del cuidado de su salud.

Su agente del cuidado de su salud — o agente, por más corto — tendrá la autoridad de hacer decisiones de vida o muerte por usted de acuerdo a sus deseos. Asegúrese que la persona que escoja esté dispuesto a ser su agente.



Cuando le pregunte a alguien que se sea su agente del cuidado de su salud, tiene que pensar en varias cosas. Por ejemplo, casi siempre es mejor de nombrar a una persona como su primera opción. Después escoja por lo menos un agente secundario, en caso de que la primera persona no esté disponible cuando se necesite.

Aquí están otras recomendaciones al escoger un agente:

Escoja a la persona que esté más cerca de llenar todas estas cualificaciones:

Escoja a alguien que llene los requerimientos legales para actuar como un agente. (Algunos estados llaman a un agente un representante.)

Los requisitos del Estado difieren considerablemente, así que para llenar los requisitos combinados de cada estado, su agente de cuidado de su salud debe ser un adulto de mente sana, y NADIE de la siguiente lista:

- NO escoja a su proveedor de salud o el dueño u operador de una residencia de salud o de cuidados que actualmente lo está atendiendo.
- NO escoja a su cónyuge, empleado, o el cónyuge de un empleado de su proveedor de salud.
- NO escoja a alguien que evalúa profesionalmente su capacidad de tomar decisiones.
- NO escoja a alguien que trabaja para una agencia del gobierno que es responsable económicamente de su cuidado (al menos que esa persona es pariente de sangre).
- NO escoja a alguien que los tribunales ha designado que sea su tutor o su custodio.
- NO escoja a alguien quien ya sirve como agente de cuidados de salud de 10 personas o más.

Escoja a alguien que va hablar con usted de sus deseos, quien va a entender lo que quiere y sus prioridades acerca de su cuidado de salud, y quien hará fielmente lo que le pidió cuando llegue ese momento.

Escoja a alguien que viva cerca de usted o que si es necesario pueda viajar para estar con usted.

Escoja a alguien en quien confía completamente.

Escoja a alguien que pueda manejar opiniones conflictivas de miembros de la familia, amigos y personal médico.

Escoja a alguien que lo defienda fuertemente si su doctor o la institución no responden.

Una vez que haya decidido quien le gustaría que lo sirva como su agente del cuidado de su salud y estén de acuerdo, implíquelo en el paso 2. También puede darle una guía que explica que significa ser un agente de cuidados de salud.

Una guía es Tomando decisiones médicas para alguien más: Guía de cómo hacerlo, disponible gratuitamente en: Ambar.org/AgingProxyGuide.

2

Piense en que orientación quiere darle a su agente de cuidados de salud para tomar decisiones de tratamientos para usted. Después hablen acerca de sus decisiones.

Hablar acerca de lo que usted quiere es muy importante porque su agente tiene que tratar de tomar decisiones de la manera como usted lo haría.



Tener una conversación real con su agente y con quien sea que esté involucrado en su cuidado si usted estuviera seriamente enfermo. Esto no es nada fácil de hacer, así que es mejor buscar recursos para agudizar sus pensamientos y para ayudarle a guiarlo por medio de una conversación.

Lo importante- junto con completar la forma *Un Poder Notarial para mi Cuidado de Salud*- es tener una conversación seria acerca de sus cuidados de fin de vida con su agente y con quien sea que pueda estar involucrado en su cuidado si estuviera seriamente enfermo. Este proceso se llama *planeo de cuidado anticipado*.

Para ayudar a hacer más fácil esta difícil tarea, trate de usar una de sus guías mencionadas a la derecha. Tienen el fin de ayudarlo a clarificar qué es importante para usted en cuanto al cuidado de su salud, y que valores y prioridades quiere que su agente siga al tomar decisiones. Además, crean un antecedente al que se puede referir y cambiar a como cambien sus circunstancias.

No tiene que nombrar tratamientos médicos específicos que quiere o no quiere. De hecho, tratar de hacer eso es casi siempre una mala idea, al menos que se encuentre en una situación en donde necesite decidir acerca de un plan de cuidados específico. Aunque un futuro distante es impredecible para la mayoría de nosotros, lo que somos como persona se mantiene estable.

Aquí hay tres recursos gratuitos que debe considerar:

- **Herramientas básicas para el consumidor para una Planeación Anticipada de Cuidados de Salud**, por la ABA Comisión en Derecho y Envejecimiento, Ir a: Ambar.org/AgingToolkit
- **Libro de trabajo para Conversaciones sobre el Cuidado publicado por el Centro de Bioética Practica**. Ir a: www.practicalbioethics.org/cpb.aspx?pgID=986
- **Guía de Conversación de Planeación Anticipada**, más otros recursos de la Coalición para el Cuidado con Compasión de California. Ir a: <http://www.coalitionccc.org/advance-health-planning.php>

Muchos otros recursos están disponibles gratuitamente o por un modesto costo. Ir a la página de Recursos de ABA:

Ambar.org/AgingAdvancePlanning

3

Llenar la forma y seguir las instrucciones para firmar en la presencia de dos testigos.

Aunque esta guía le da espacio para añadir algo que es muy importante para usted, es mejor usar una de las guías de ayuda para hablar completamente de sus deseos y metas.



La forma en esta guía combina los muy diferentes requisitos legales del estado en una forma legal “universal” que pretende llenar los requisitos básicos de la mayoría de los estados. Sin embargo, ya que los requisitos de cuatro estados no entran dentro de las guías de esta forma, no puede usar la forma si vive en: Indiana, New Hampshire, Ohio, Texas, y Wisconsin.

Ya que las reglas de los estados difieren, ésta forma combina todos los requisitos de los estados de quién puede ser su agente y quien puede ser testigo. Debe de ser fácil llenar todos los requisitos si sigue las instrucciones con cuidado.

La forma tiene espacio para que pueda agregar cualquier instrucción en especial o limitaciones que desee incluir. Pero recuerde, esta forma es una forma básica de un Poder Notarial sobre Cuidado de Salud. No está hecha para declaraciones largas de sus deseos y preferencias.

Aunque todos son diferentes. Puede que quiera tener más instrucciones detalladas en su voluntad anticipada de salud. Si es así, hay otras formas que incluyen más detalle.

Ir a la página de recursos de ABA

Ambar.org/AgingAdvancePlanning

También puede usar una forma que está escrita solo para su propio estado. Para enlaces de las formas específicas de estados, ir a:

Ambar.org/AgingStateForms

Recuerde, siempre debe conversar sobre sus deseos y prioridades directamente con su agente y con otros que estén cerca de usted. Use cualquiera de los recursos mencionados anteriormente para aclarar y comunicar sus deseos.

¿Y ahora qué?

Después de llenar su forma, Un Poder Notarial para Cuidados de mi Salud, de una copia a sus agentes y proveedores de salud.

Después, en un futuro ...

Si quiere cancelar o cambiar su documento, las reglas de cómo hacerlo dependen en donde viva. La manera más segura de hacerlo- la que será válida en todos lados- es completar y firmar una forma nueva, destruir todas las copias viejas que tenga, y avisarle a cualquiera que tenga una copia que ha revocado la forma vieja.

Un Poder Notarial para Mi Cuidado de Salud

— Una simple Voluntad Anticipada de Cuidado de Salud

Mi nombre es: _____ Fecha de hoy: ____/____/____
Primero Segundo Apeido Mes / Día / Año

Estoy llenando esta forma en: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Estado Mes / Día / Año

Parte 1: ¿Quién será su Agente de Cuidados de Salud?

Escoja a alguien que sea un adulto y de mente sana.

NO escoja a alguien que:

- Le brinda cuidados de salud, incluyendo el dueño u operador de cualquier institución de salud que le da servicio actualmente (por ejemplo, un hospital, casa de ancianos, residencia u otro centro de cuidados en la comunidad)
- Es su cónyuge, empleado, o cónyuge de un empleado de su proveedor de salud.
- Profesionalmente evalué su capacidad para tomar decisiones.
- Trabaja para una agencia del gobierno que es responsable económicamente de su cuidado (al menos que esa persona es pariente de sangre).
- Los tribunales ha designado que sea su tutor o su custodio.
- Sirve ya como agente de cuidados de salud de 10 personas o más.

Nombre de mi agente _____
Primer Segundo Apeido

Dirección: _____
Numero Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (____) _____ — _____

Otro teléfono (____) _____ — _____

Correo electrónico: _____

Parte 2: ¿Quiere escoger un agente de respaldo?

No tiene que nombrar un agente de respaldo, pero es buena idea hacerlo. Si confía en una o dos personas que estén dispuestas a actuar por usted si su primer agente no puede, nómbrelas⁷. Tienen que llenar los mismos requisitos nombrados en Parte 1: *¿Quién será su agente de Cuidados de Salud?*

Si mi primer agente no está dispuesto o no puede actuar por cualquier razón, entonces mi siguiente opción es:

1^{er} Agente de Respaldo _____
Primer Segundo Apeido

Dirección: _____
Numero Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (_____) _____ – _____

Otro teléfono: (_____) _____ – _____

Correo electrónico: _____

Si mis primeros dos agentes no están dispuestos o no pueden actuar por cualquier razón, entonces mi siguiente opción es:

2^{do} Agente de Respaldo _____
Primer Segundo Apeido

Dirección: _____
Numero Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (_____) _____ – _____

Otro Teléfono: (_____) _____ – _____

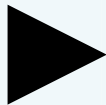
Correo electrónico: _____

Parte 3: ¿Cuáles serán los poderes de su agente?

Parte 3 le da amplia autoridad a su agente para tomar todas las decisiones de cuidado de su salud. Algunos estados pueden limitar la autoridad de su agente.

Esta forma da a su agente autoridad que es tan amplia como sea posible, hasta sobre decisiones de vida o muerte. Algunos estados requieren médicos que certifiquen ciertos diagnósticos antes de que su agente pueda tomar algunas decisiones.

Este primer poder es muy importante. Para claramente confirmar la autoridad de su agente sobre soporte vital y suministro de nutrición artificial e hidratación, ponga sus iniciales aquí: _____



Si decide limitar la autoridad de su agente, simplemente tache cualquier párrafo que no le guste y ponga sus iniciales, o escriba cualquier limitación en la siguiente página en parte 4: *¿Tiene Instrucciones especiales o Limitaciones para su agente?*

Mi agente sabe cuáles son mis metas y deseos basados en nuestras conversaciones y en cualquier otra instrucción que yo haya escrito. Mi agente tiene autoridad completa para tomar decisiones por mí acerca de mi cuidado de salud de acuerdo a mis metas y deseos. Si la opción que yo tomara no está clara, entonces mi agente decidirá basado en lo que él o ella cree son mis mayores intereses. La autoridad de mi agente para interpretar mis deseos está destinada a ser lo más amplia posible e incluye la siguiente autoridad:

1. Acordar a, rechazar, o retirar consentimiento de cualquier tipo de cuidado médico, tratamiento, procedimiento quirúrgico, pruebas, o medicamentos, **Esto incluye decisiones acerca del uso mecánico u otros procedimientos que afectan cualquier función corporal, como respiración artificial, nutrición suministrada artificialmente e hidratación (que es, alimentación por sonda), resucitación cardiopulmonar, u otra forma de soporte médico, hasta si el decidir de parar o retirar tratamiento pudiera o resultara en mi muerte;**
2. Tener acceso a expediente médico e información en la misma medida a la que yo tengo derecho, incluyendo el derecho de divulgar información de salud a otros;
3. Autorizar mi admisión o alta (hasta en contra de la recomendación médica) de cualquier hospital, casa de ancianos, residencia de ancianos, vida asistida o instituciones similares o de servicio;
4. Contratar para mí, cualquier servicio de cuidados de salud o institución, o aplicar para beneficios públicos o privados de cuidados de salud, con el entendimiento de que mi agente no es personalmente responsable por estos contratos;
5. Contratar y despedir personal médico, servicios sociales y otro personal de apoyo que son responsables por mi cuidado;
6. Autorizar mi participación en investigaciones médicas relacionadas con mi condición médica;
7. Acordar o rechazar el uso de cualquier medicamento o procedimiento con el fin de aliviar dolor o incomodidad, aunque el uso pueda llevar a un daño físico o dependencia o acelerar (sin causa intencional) mi muerte;
8. Decidir acerca de donación de órganos y tejido, autopsia y la disposición de mis restos a como lo permite la ley;
9. Tomar cualquier acción necesaria para hacer lo que yo autorizo aquí, incluye firmar liberaciones u otros documentos, perseguir cualquier proceso de resolución de disputas, o tomar acción legal en mi nombre .

Parte 4: ¿Tiene instrucciones especiales o limitaciones para su agente?

Use este espacio para agregar algo muy importante que quiera que esté en este documento. Si necesita más espacio, adjunte una hoja a esta forma. Considere usar uno de los recursos descritos en el Paso 2 para ayudar a aclarar y comunicar sus deseos a su agente y a otros.

Parte 5: ¿Cuándo entra en vigencia este poder?

Parte 5 brinda un simple procedimiento para hacer que su Poder Notarial para Cuidado de Salud entre en vigor. Note que algunos estados tienen un procedimiento requerido para certificar la incapacidad de tomar decisiones de alguien, y esas disposiciones pueden anular esta disposición.

Este Poder Notarial para mi Cuidado de Salud entrará en vigencia en cualquier momento en que la opinión de mi agente y del médico interviniente, sea que yo no puedo hacer o comunicar una opción acerca de una decisión en particular de mis cuidados de salud.

Parte 6: Otras disposiciones

Estas disposiciones administrativas ayudan a implementar este documento. Léalas y asegúrese que las entienda.

- Proveedores de cuidados de salud pueden confiar en mi agente. Nadie que de buena fe cuente con cualquier representación de mi agente o agente de respaldo será responsable de mí, mis bienes, mis herederos o cesionarios, por reconocer la autoridad de mi agente.
- Canelo cualquier poder notarial de cuidados de salud anterior que haya firmado.
- Destino este poder notarial a que sea universal; es válido en cualquier jurisdicción en el cual es presentado.
- Destino a las copias de este documento a que sean tan válidas como la original.
- Mi agente no tiene derecho a ninguna compensación por sus servicios realizados bajo este poder notarial, pero él o ella tendrán el derecho de reembolsarse por todas los gastos razonables que resulten en llevar a cabo cualquier disposición de este poder notarial.

Parte 7: Firme aquí

Firme y escriba la fecha en esta forma delante de dos testigos que llenen las cualificaciones nombradas en la siguiente página y que realmente lo vean firmar el documento. La lista de la gente que NO debe ser su testigo es larga por que representa todos los requisitos de los diferentes estados.

Cuatro estados requieren que la forma sea notariada y con testigos: Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur, y Virginia.

Entiendo el contenido de este documento y los efectos de otorgarle poderes a mi agente.

Mi firma

Mi nombre escrito

Prime

Segundo

Apeido

Fecha

____/____/____

Mes / Día/ Año

Una declaración para sus testigos:

Yo declaro que personalmente lo/la conozco- la persona que firmó este documento- o que tengo pruebas adecuadas de su identidad, y que firmó o reconoció este *Poder Notarial para el Cuidado de Salud* delante de mí, y que parece estar en mente sana y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida.

Soy un adulto y NO soy nada de lo siguiente:

- Nombrado como su agente o agente de respaldo
- Emparentado con usted por sangre, matrimonio, pareja doméstica, o adopción, ni cónyuge de ninguna de dichas personas
- Su proveedor de salud, incluyendo el dueño u operador de una residencia de cuidados de salud, cuidados prolongados u otros instituciones residenciales o de cuidados de comunidad que le están dando servicio
- Un empleado de su proveedor de salud
- Económicamente responsable por sus cuidados de salud
- Un empleado de su proveedor de seguro de vida o médico
- Su acreedor o con derecho a alguna parte de sus bienes bajo un testamento o codicilo, fideicomiso, póliza de seguro, o por operación de leyes de sucesión intestada.
- Con derecho a beneficios económicos de alguna otra manera después de su muerte.

Testigo 1

Nombre escrito

Primer Segundo Apeido

Firma

Fecha

____/____/____
Mes/ Día / Año

Dirección

Numero Calle

Ciudad Estado Código Postal

Testigo 2

Nombre escrito

Primer Segundo Apeido

Firma

Fecha

____/____/____
Mes / Día / Año

Dirección

Numero Calle

Ciudad Estado Código Postal

Si usted es residente de Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur, o Virginia, debe de tener notariada esta forma. Para todos los demás, es opcional.

El Estado de _____ Condado de _____

En el mes de _____ día _____, 20____, el dicho Principal _____ y Testigo _____, y _____, conocido por mí (o comprobado con satisfacción) de ser la persona nombrada en el anterior instrumento y testigos, respectivamente, comparecieron personalmente ante mí, un Notario Público, dentro y por el Estado mencionado anteriormente, y reconocido que ellos libremente y voluntariamente ejecutaron lo mismo para el propósito indicado aquí mismo.

Firma _____ Mi comisión se vence: _____