

## PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN DE SALUD

Es importante elegir a alguien para que tome las decisiones médicas por usted cuando no pueda dirigir su propia atención. Estas decisiones médicas deben reflejar sus valores, creencias y preferencias a la luz de sus necesidades espirituales, emocionales y físicas. La persona que usted elija tiene la responsabilidad moral y ética de asegurarse de que se cumplan sus deseos en materia de atención sanitaria. Yo, \_\_\_\_\_, como mandante, designó a \_\_\_\_\_ como mi agente.

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, autorizo específicamente a mi agente para asuntos relacionados con mi atención médica, incluyendo, y sin limitación, a dar o rechazar el consentimiento para la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y relacionada con la salud, y opcionalmente las decisiones de atención de salud mental. Este poder médico es efectivo en caso de que yo no pueda tomar o comunicar mis decisiones de atención médica. Una vez que este poder sea efectivo, todas las acciones de mi agente bajo este poder tiene los mismos efectos sobre mis herederos, legatarios y representantes personales como si yo estuviera vivo, fuera competente y actuará por mi mismo. Este nombramiento es efectivo a menos y hasta que sea revocado por mí o por una orden judicial.

### PODER DE ATENCIÓN MENTAL DURADERO (opcional)

\_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, si soy incapaz (según lo decida un psiquiatra o psicólogo autorizado de Arizona después de la evaluación), autorizo específicamente a mi agente el poder de hacer lo siguiente que he rubricado o marcado.

A recibir información sobre el tratamiento de salud mental que se me proponga y a recibir, revisar y consentir la divulgación de mis registros médicos relacionados con dicho tratamiento.

\_\_\_\_\_ Consentir la administración de cualquier medicamento recomendado por mi médico encargado

\_\_\_\_\_ A admitirme en un programa de hospitalización psiquiátrica si lo ordena el médico.

\_\_\_\_\_ Para admitirme en un programa de hospitalización psiquiátrica parcial si lo ordeno mi medico.

**Este nombramiento es efectivo a menos y hasta que sea revocado por mí o por una orden judicial.**

### ESCRIBA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL AGENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Si el agente arriba mencionado no quiere o no puede servir o continuar sirviendo, por la presente nombro a la siguiente persona:

### ESCRIBA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL AGENTE (opcional)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Por favor, marque una: \_\_\_\_\_ He \_\_\_\_\_ No He completado un testamento vital en el reverso de este formulario para proporcionar instrucciones específicas a mi agente. Mi agente está dirigido a seguir estas opciones que he iniciado en el testamento vital.

**ESTE DOCUMENTO SOLO PUEDE SER MODIFICADO POR EL DIRECTOR MIENTRAS SEA COMPETENTE.**

Firma Principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Declaración del testigo: Afirmo que tengo al menos 18 años de edad, que no soy pariente del Mandante y que no soy responsable de administrar directamente los tratamientos de atención médica del Mandante. Además, afirmo que estaba presente cuando se firmó y fechó este poder de atención médica. El Mandante parecía estar en su sano juicio y libre de coacción.

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Este documento puede ser notariado en lugar de atestiguado.**

En este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_ en el año de \_\_\_\_ compareció personalmente ante mi la persona que firma, conocida por mi como la persona que completo este documento y lo reconoció como su acto y escritura libres. EN TESTIMONIO DE LO CUAL, he puesto mi mano y he colocado mi sello oficial en el condado de \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_, en la fecha escrita arriba.

Notario Público \_\_\_\_\_

## TESTAMENTO VITAL

Yo, \_\_\_\_\_, como mandante, quiero que mis médicos y mi familia tengan en cuenta todas las dimensiones de mi ser: espiritual, emocional y física al seguir las directrices de atención médica. Instruí a quienes participan en mi atención médica para que pongan en práctica mis preferencias de atención médica, como se indica a continuación, o por mi sustituto o agente de atención médica si no puedo hablar por mi mismo.

Deseo que mis médicos me proporcionen una atención integral y me ayuden a mantener una calidad de vida aceptable, incluyendo el manejo adecuado del dolor, los cuidados de comodidad y los cuidados paliativos, según corresponda. Para mi, una calidad de vida inaceptable es cuando tengo alguna de las siguientes condiciones (marque todas las que correspondan):

\_\_\_\_\_ **Estado de inconsciencia persistente:** Me vuelvo totalmente inconsciente de las personas o del entorno con pocas posibilidades de despertarme debido a un coma crónico o a un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ **Confusión permanente:** Soy incapaz de recordar, comprender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos.

\_\_\_\_\_ **Dependencia Total o Casi Total en todas las Actividades de la Vida Diaria:** Ya no soy capaz de hablar con claridad ni de moverme por mi mismo. Dependo de otros para alentarme, bañarme, vestirme y caminar.

\_\_\_\_\_ **Enfermedad en fase terminal:** tengo una enfermedad que ha llegado a su fase final.

\_\_\_\_\_ **Otro:**

### INICIA OPCIÓN NÚMERO 1 O OPCION NUMERO 2, PERO NO AMBOS

1. \_\_\_\_\_ **Directiva para permitir la muerte natural:**

- a. Si los tratamientos que mis médicos sugieren no me devolverán una calidad de vida inaceptable, tal y como le he definido anteriormente, hay algunos procedimientos que **no quiero** para que se me permita morir de forma natural (indíquelo con sus iniciales):

\_\_\_\_\_ **Resucitación Cardiopulmonar (CPR):** No quiero que se intente restablecer los latidos de mi corazón y mi respiración después de que se hayan detenido y yo haya muerto.

\_\_\_\_\_ **Ventilación Artificial:** No quiero el uso continuo de un respirador.

\_\_\_\_\_ **Diálisis Renal:** No quiero la diálisis renal.

\_\_\_\_\_ No quiero **medicamentos** para mantener en funcionamiento los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos.

\_\_\_\_\_ **Tratamiento de nuevas afecciones:** No quiero el uso de cirugía, transfusión de sangre o antibióticos que tratan una nueva enfermedad/compilación pero que no cambien el curso de la enfermedad principal.

\_\_\_\_\_ **Alimentación por Tubo/ Líquidos Intravenosos:** No deseo el uso de tubo para suministrar alimentos/agua a mi estómago o líquidos intravenosos, lo que podría incluir nutrición e hidratación artificial en mis venas, si se considera médicamente inútil.

\_\_\_\_\_ **Otro:**

- a. Si los tratamientos que mis médicos sugieren no me devolverán una calidad de vida inaceptable, tal y como la he definido anteriormente, hay algunos procedimientos que no quiero para que se me permita morir de forma natural (indíquelo con sus iniciales):

\_\_\_\_\_ Solo cuidados de comodidad: si tengo una enfermedad terminal, no quiero que se me prolongue la vida y no quiero un tratamiento de mantenimiento de la vida más allá de los cuidados de comodidad que solo servirán para retrasar artificialmente el momento de mi muerte.

\_\_\_\_\_ Tratamiento hasta que se conozca razonablemente mi estado médico: independientemente de las indicaciones que he hecho en este Testamento Vital, no quiero toda la atención médica necesaria para tratar mi condición médica hasta que mis médicos y mi agente concluye razonablemente que mi condición es tal que el tratamiento no me devolverá una calidad de vida inaceptable.

2. \_\_\_\_\_ **Directiva para prolongar mi Vida:** Quiero que mi vida se prolongue en la mayor medida posible.

Firma Principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Declaración del testigo: Afirmo que tengo al menos 18 años de edad, que no soy pariente del Mandante y que no soy responsable de administrar directamente los tratamientos de atención médica del Mandante. Además, afirmo que estaba presente cuando se firmó y fechó este poder de atención médica. El Mandante parecía estar en su sano juicio y libre de coacción.

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Este documento puede ser notariado en lugar de atestado.

En este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_ en el año de \_\_\_\_ compareció personalmente ante mi la persona que firma, conocida por mi como la persona que completo este documento y lo reconoció como su acto y escritura libres. EN TESTIMONIO DE LO CUAL, he puesto mi mano y he colocado mi sello oficial en el condado de \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_, en la fecha escrita arriba.

Notario Público \_\_\_\_\_