



CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD **Instrucciones e Información**

INSTRUCCIONES GENERALES: Use esta forma si usted quiere seleccionar a una persona, llamada un “agente”, para que tome decisiones futuras para el cuidado de su salud por usted, si usted está demasiado enfermo/a o no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a, la persona que usted escoja y en la cual confíe podrá tomar decisiones médicas por usted. Asegúrese de que usted entienda la importancia de este documento. Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

ELECCIÓN DE AUTOPSIA: Si no hay razón legal alguna para que se requiera una autopsia, usted puede decidir si cuando usted muera desea que se le haga una autopsia o no, o si desea que su agente tome esta decisión por usted. Generalmente hay un cargo para las autopsias voluntarias. Usted puede ayudar a su familia y seres queridos clarificando sus preferencias sobre este tema. Para información adicional sobre las autopsias, por favor lea los Estatutos de Arizona Modificados §§ 11-591 y 11-597.

ELECCIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL): Usted puede determinar si desea donar sus órganos o tejidos, y si lo hace, entonces qué órganos o tejidos desea donar, para qué propósitos, y a qué organizaciones. Usted también tiene la opción de donar su cuerpo entero para propósitos de investigación. O puede optar por dejarle la decisión a su agente. Para información adicional sobre la Donación de Órganos, por favor lea en los Estatutos de Arizona Modificados §§ Título 36, Capítulo 7, Artículo 3 las leyes relacionadas con ello.

ELECCIÓN DE FUNERAL Y ENTIERRO (OPCIONAL): En esta forma usted puede determinar sus elecciones de funeral y entierro. Usted puede elegir si después de su muerte, desea que se le entierre y dónde, o si quiere ser cremado/a y a dónde irán sus cenizas, o puede elegir que su agente tome esa decisión.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

POR FAVOR TOME NOTA: Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

NO haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA
KRIS MAYES**

Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____
Domicilio Electrónico: _____

Selección de mi agente y alterno en la carta poder para el cuidado de mi salud:

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como mi agente en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como agente alterno en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre si mi primer agente no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: _____

Teléfono del Hogar: _____

Domicilio: _____

Teléfono del Trabajo: _____
Teléfono Celular: _____

YO AUTORIZO a mi agente para que tome decisiones para el cuidado de mi salud por mí cuando yo no pueda hacerlo o cuando no pueda comunicar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud. Yo quiero que mi agente tome todas dichas decisiones por mí a excepción de aquellas decisiones que yo he declarado expresamente en esta forma, las cuales no autorizo que él/ella tome. Si yo puedo entender, mi agente me debería explicar cualquier elección que él/ella haya tomado. Yo además autorizo a mi agente para que tenga acceso a mis “registros de información personal protegida del cuidado de la salud y registros médicos”. Este nombramiento estará vigente a menos que sea revocado por mí o por una orden de la corte.

Decisiones para el cuidado de la salud que yo expresamente NO AUTORIZO si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a: (Explique o escriba “Ninguna”)

Mis deseos específicos en cuanto a una autopsia (información adicional en la página 1):

*Por favor tenga en cuenta que si no es requerida por la ley, una autopsia voluntaria puede costar dinero. Ponga una inicial junto a su elección:

_____: Después de mi muerte YO NO consiento a una autopsia voluntaria.

_____: Después de mi muerte YO SÍ consiento a una autopsia voluntaria.

_____: Mi agente puede otorgar o denegar su consentimiento para una autopsia.

Mis deseos específicos en cuanto a la donación de órganos (información adicional en la página 1):

Si usted no pone sus iniciales en esta sección, su agente puede tomar estas decisiones por usted. Ponga una inicial junto a su elección:

____: YO NO QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos, y YO NO QUIERO que esta donación sea autorizada a mi nombre por mi agente o mi familia.

____: Yo ya he firmado un acuerdo o tarjeta de donante por escrito con respecto a la donación con el/la siguiente individuo o institución: _____

____: YO SI QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos cuando muera. Aquí están mis instrucciones:

1. Los órganos/tejidos que yo elijo donar (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: Todo el cuerpo

b. ____: Cualquier parte u órgano necesario

c. ____: Sólo estas partes u órganos:

i. _____

2. Yo estoy donando los órganos/tejidos para (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: Cualquier propósito legalmente autorizado

b. ____: Sólo para propósitos de trasplantes o terapéuticos

c. ____: Sólo para investigación

d. ____: Otro: _____

3. La organización o persona a quien quiero que vayan mis órganos/tejidos es (ponga sus iniciales abajo):

a. ____: _____

b. ____: Cualquiera que elija mi agente

Mis deseos específicos sobre la disposición del funeral y el entierro (información adicional en la página 1):

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado. (En lugar de cremado)

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado en: _____

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado.

____: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado y que mis cenizas sean _____

____: Mi agente tomará todas las decisiones del funeral y del entierro.

¿Tiene usted un testamento en vida?

Si tiene un Testamento en Vida, **usted debe adjuntar** el Testamento en Vida a esta forma. Un Testamento en Vida en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud un Testamento en Vida completo.

_____: Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

¿Tiene usted una Orden Médica Portátil (POLST por sus siglas en inglés)?

Una forma de una orden **POLST** se usa cuando usted se enferma seriamente o está muy frágil y hacia el final de su vida. Una forma de una orden POLST en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud una orden POLST.

_____: Yo NO HE FIRMADO una orden POLST.

¿Tiene usted una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización – un tipo de forma para que No Le Resuciten (DNR por sus siglas en inglés)?

Una forma de una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General www.azag.gov. Ponga sus iniciales abajo.

_____: Mi doctor o proveedor de cuidado para la salud y yo HEMOS FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en papel con trasfondo color NARANJA para usarse el caso en el que Técnicos de Emergencia Médica o personal de emergencia en un hospital sean llamados y mi corazón o respiración se hayan detenido.

_____: Yo NO HE FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR.

AFIDÁVIT DEL MÉDICO (OPCIONAL)

Es posible que usted desee hacerle preguntas a su médico con respecto a un tratamiento en particular o sobre las opciones en la forma. Si usted habla con su médico, es una buena idea pedirle a su médico que complete este affidavit y que conserve una copia para sus archivos.

Yo, el/la Dr./Dra. _____ he revisado este documento y he hablado con _____ sobre cualquier pregunta con respecto a las consecuencias médicas posibles de las opciones de tratamiento provistas arriba. Esta plática con el/la principal ocurrió en este día _____. Yo he accedido a cumplir con las disposiciones de esta directiva.

Firma del/la Médico

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE BAJO EL DECRETO HIPAA

(Inicial) Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otros registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a cualquier información regida por el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocido como HIPAA por sus siglas en inglés), códigos 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

Revocabilidad de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud: Yo retengo el derecho de revocar toda o cualquier porción de esta forma o de descalificar a cualquier agente designado por mí en este documento.

VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN LA CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Mi Firma (Principal): _____ Fecha: _____

Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarla en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____

Nombre el Letra de Molde: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL/LA TESTIGO (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser testigo)

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma. Yo afirmo que satisfago los requerimientos para ser testigo como se indica en la página uno de la forma de la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Firma del/la Testigo/Notario/a: _____ Fecha: _____

Nombre el Letra de Molde: _____

Domicilio: _____ X _____



FIRMA DEL/LA NOTARIO/A (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser Notario/a)

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las cinco páginas de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud

Fechada el ____ **de** _____ **de 20** ____.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE _____)

Nombre del/la Principal

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este ____ día del mes de _____ de 20 ____

Firma del/la Notario/a Público/a: _____

Mi Comisión Expira en: _____