

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Appointment of Healthcare Agent

Yo, _____, designo a la(s) persona(s) a continuación para desempeñarse como representante(s) de atención médica.

Si bien tengo capacidad para tomar una decisión informada, tomaré mis propias decisiones relacionadas con mi atención médica. Si alguna vez no pudiera tomar una decisión informada, designo a la(s) persona(s) a continuación para desempeñarse como representante(s) de atención médica.

Nombre del representante primario _____

Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____

Si mi representante primario no estuviera disponible o no pudiera desempeñarse como mi representante, designaré a la persona a continuación para desempeñarse en dicho carácter:

Nombre del representante secundario _____

Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____

Mi representante cumplirá con mis deseos y preferencias. Mi representante se guiará por la información proporcionada por mis médicos en cuanto al carácter invasivo, el dolor, los riesgos y efectos secundarios asociados con el tratamiento o la falta de tratamiento. Mi representante tomará las decisiones en función de mis creencias religiosas o valores básicos. Si mi representante no pudiera determinar qué elección de atención médica hubiera adoptado, tomará las decisiones en función de lo que considere en mi mejor interés.

Poderes del representante de atención médica

(Lea cuidadosamente y tache el idioma que no desee. Agregue cualquier idioma que corresponda).

Quiero que mi representante pueda hacer lo siguiente:

- A. Aceptar o rechazar o retirar el consentimiento de cualquier tipo de atención médica, incluso, por ejemplo, respiración artificial, alimentación y nutrición administrada por vía artificial y resucitación cardiopulmonar. Esta autorización incluye específicamente el poder de consentimiento para administrar dosis de medicamento analgésico en exceso de las dosis recomendadas en una cantidad suficiente para aliviar el dolor, incluso si dicho medicamento corre el riesgo de generar adicción o afecte mi salud de manera no intencional.
- B. Solicitar, recibir y repasar la información relacionada con mi salud física o mental, y aceptar la divulgación de esta información.
- C. Contratar y despedir a mis proveedores de acción médica.
- D. Autorizar mi admisión o alta de un centro de atención médica.
- E. Autorizar mi admisión a un centro de atención médica para someterme al tratamiento de una enfermedad mental, durante no más de 10 días en tanto y en cuanto no me oponga a dicha admisión.
- F. Continuar desempeñándome como representante incluso si yo no pudiera tomar una decisión informada e incluso oponerme a su autoridad.



- G. Autorizar mi participación en investigaciones de atención médica que pudieran beneficiarme.
- H. Autorizar mi participación en investigación médica para promover el bienestar de los seres humanos, incluso si no me beneficiaría.
- I. Limitar la visita de las siguientes personas mientras me encuentre internado:
_____ (Si esta sección queda en blanco, significa que no tengo restricciones relacionadas con las visitas).
- J. Donar todo o parte de mi cuerpo para trasplante, tratamiento, investigación o educación.

Mi representante no será responsable por los gastos de mi atención médica, basado únicamente en el hecho que han sido designados representantes en este documento.

Poderes adicionales de mi representante, si hubiera: _____

OPCIONAL: AUTORIDAD DE MI REPRESENTANTE EN CONTRA DE MI VOLUNTAD

Si no desea utilizar esta sección, táchela y firme en el centro de la "X".

Mi representante de atención médica podrá autorizar mi admisión a un centro de atención médica para someterme al tratamiento de una enfermedad mental, durante no más de 10 días, incluso si fuera en contra de mi voluntad.

Se debe incluir la firma de un médico SOLO si se utiliza esta sección:

Declaración del médico: Certifico que _____ es capaz de tomar una decisión informada y comprendo las consecuencias de estas disposiciones.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre del médico (en letra de imprenta) _____

Teléfono del consultorio: _____

Mi firma: _____ Fecha: _____

Se necesitan dos testigos adultos. No es necesario certificar por escribano. Los siguientes testigos certifican que este documento se firmó en su presencia.

Testigo n.º 1 _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta) _____

Testigo n.º 2 _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta) _____

Hable sobre sus decisiones de atención médica con sus representantes de atención médica y entrégueles una copia de este documento. Si alguna vez realiza cambios o completa una directiva anticipada completa en el futuro, destruya este documento original y las copias entregadas y entregue el nuevo documento a los representantes de atención médica, médicos y familiares.

