

## INFORMACIÓN SOBRE PODER MÉDICO

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DEBE CONOCER ESTAS CUESTIONES IMPORTANTES:

Excepto que declare lo contrario, este documento otorga a la persona que usted designe como agente la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica en su nombre de acuerdo con sus deseos, sus creencias religiosas y morales en caso de que usted ya no sea capaz de tomar dichas decisiones por sí mismo. "Atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para conservar, diagnosticar o tratar una afección física o mental; por ello, su agente tendrá la autoridad para tomar una amplia gama de decisiones de atención médica en su nombre. Su agente podrá otorgar, rehusarse a otorgar o retirar el consentimiento para recibir atención médica y tomar decisiones sobre retirar o retener un tratamiento de soporte vital. Su agente no podrá otorgar el consentimiento para recibir servicios de salud mental como paciente hospitalizado voluntariamente, tratamiento contra las convulsiones, psicocirugía o realizarse un aborto. El médico debe cumplir con las instrucciones de su agente o permitir que lo deriven a otro médico.

La autoridad de su agente comienza cuando su médico certifica que usted es incompetente para tomar decisiones de atención médica.

Su agente está obligado a seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre. Excepto que declare lo contrario, su agente tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica que tendría usted.

Es importante que comente este documento con su médico u otro proveedor de atención médica antes de firmarlo para asegurarse de que usted comprende la naturaleza y el alcance de las decisiones que podrían tomarse en su nombre. Si no tiene un médico, converse con alguien que tenga conocimientos sobre estas cuestiones y que pueda responder sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para completar este documento. Sin embargo, si no entiende alguna parte de este documento, solicite a un abogado que se la explique.

La persona que designe como agente debe ser alguien que conozca y de su confianza. Esta persona debe ser mayor de 18 años o una persona menor de 18 años emancipada. Si designa a un proveedor de atención médica (por ejemplo, su médico o un empleado de una agencia de enfermería a domicilio, un hospital, un hogar de ancianos o una residencia de asistencia, que no sea un familiar suyo), esta persona debe elegir entre actuar como su agente o como su proveedor de atención médica. La legislación no permite que una persona cumpla ambas funciones al mismo tiempo.

Debe informar a la persona que designe su deseo de que sea su agente de atención médica. Debe comentar este documento con su agente y su médico y entregar una copia firmada a cada uno. En el documento debe indicar las personas e instituciones a quienes les entregará una copia firmada. Su agente no será responsable por las decisiones de atención médica tomadas de buena fe en su nombre.

Incluso después de que haya firmado este documento, tendrá derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica siempre y cuando tenga la capacidad para hacerlo, y no podrán administrarle ni retirarle ningún tratamiento que usted objete. Tiene derecho a revocar la autoridad otorgada a su agente; para ello, debe informar a su agente o su proveedor de atención médica en forma oral o por escrito o completar un poder médico posterior. Excepto que declare lo contrario, la designación de un cónyuge se disuelve con el divorcio.

No podrá modificar este documento. Si desea realizar modificaciones, debe completar un nuevo documento.

Tal vez podría designar a un agente alternativo en caso de que su agente no quiera, no pueda o no sea elegible para actuar como su agente. Cualquier agente alternativo que designe tendrá la misma autoridad para tomar decisiones de atención médica en su nombre.

**ESTE PODER SERÁ VÁLIDO SOLAMENTE SI:**

- (1) TIENE SU FIRMA Y LA FIRMA ES AUTENTICADA POR UN NOTARIO PÚBLICO; O
- (2) LO FIRMA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES.

**LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PODRÁN ACTUAR COMO UNO DE LOS TESTIGOS:**

- (1) la persona designada como su agente;
- (2) una persona relacionada con usted por consanguinidad o matrimonio;
- (3) una persona con derecho a parte de su herencia tras su muerte conforme a un testamento o apéndice a un testamento firmado por usted o por imperio de la ley;
- (4) el médico tratante;
- (5) un empleado del médico tratante;

- (6) un empleado del centro médico donde usted es el paciente si es que dicho empleado le brinda atención médica directa o es un funcionario, director, asociado o empleado de las oficinas administrativas del centro médico o de una organización matriz del centro médico; o
- (7) una persona que, al momento de firmar este poder médico, tenga derecho a reclamar parte de su herencia tras su muerte.

# PODER MÉDICO

## DESIGNACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_ (inserte su nombre) designo a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

como mi agente para tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, excepto en la medida que declare lo contrario en este documento. Este poder médico entrará en vigencia en caso de que yo no sea capaz de tomar mis propias decisiones de atención médica y así lo certifica mi médico por escrito.

LAS SIGUIENTES SON LAS LIMITACIONES SOBRE LA AUTORIDAD DE MI AGENTE PARA TOMAR DECISIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DESIGNACIÓN DE UN AGENTE ALTERNATIVO

(La designación de un agente alternativo es opcional. Un agente alternativo podrá tomar las mismas decisiones de atención médica que el agente designado en caso de que este no pueda o no quiera actuar como su agente. Si el agente designado es su cónyuge, la designación se revocará automáticamente por imperio de la ley en caso de que se disuelva el vínculo matrimonial.)

Si la persona designada como mi agente no puede o no quiere tomar decisiones de atención médica en mi nombre, designo a las siguientes personas para actuar como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre según lo autorizado en este documento, en el siguiente orden:

### A. Primer agente alternativo

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### B. Segundo agente alternativo

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

El original de este documento se encuentra en:

---

---

---

Las siguientes personas o instituciones tienen una copia firmada:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### **DURACIÓN**

Entiendo que este poder tendrá existencia indefinidamente desde la fecha en que lo firme, excepto que decida un período menor o lo revoque. Si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica al momento del vencimiento de este poder, la autoridad que he otorgado a mi agente continuará existiendo hasta que recupere mi capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(SI CORRESPONDE) Este poder finalizará en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

### **REVOCACIÓN DE DESIGNACIÓN PREVIA**

Revoco cualquier poder médico previo.

### **RECONOCIMIENTO DE DECLARACIÓN**

Me han otorgado una declaración en la que se explican los efectos de este documento. He leído y comprendo la información que contiene dicha declaración.

**(DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE PODER EN PRESENCIA DE (1) DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES, O (2) UN NOTARIO PÚBLICO.)**

Firmo este poder médico el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma del interesado)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta del interesado)

**OPCIÓN 1: FIRMADO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES**

**DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO**

No soy la persona designada como agente en este documento. No estoy relacionado con el interesado por consanguinidad o matrimonio. No tendría derecho a una parte de la herencia del interesado tras su muerte. No soy el médico tratante del interesado ni un empleado del médico tratante. No tengo derecho a reclamar parte de la herencia del interesado tras su muerte. Además, si fuera un empleado del centro médico donde el interesado es el paciente, no participo en la atención directa del interesado ni soy funcionario, director, asociado o empleado de las oficinas administrativas del centro médico o de una organización matriz del centro médico.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**U**

**OPCIÓN 2: FIRMADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO**

Estado de Texas, Condado de \_\_\_\_\_

Este instrumento fue autenticado ante mí el \_\_\_\_\_ (fecha) por  
\_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta del notario público que autentica).

\_\_\_\_\_  
(Firma del notario público)  
NOTARIO PÚBLICO, estado de Texas

(SELLO PERSONAL)

Nombre en letra de imprenta del notario:  
\_\_\_\_\_

Mi cargo vence el:  
\_\_\_\_\_