

ILLINOIS

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia en la prestación de cuidados durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de los formularios de instrucciones anticipadas para los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos para su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en los que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos para cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico para cada estado en el que podría pasar un tiempo prolongado. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas nuevas para viajes comunes a otros estados. Las instrucciones anticipadas de este paquete solo serán legalmente vinculantes si la persona que las llena es un adulto competente de 18 años o más, o un menor emancipado.

PASOS A SEGUIR

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de iniciar para que tenga una copia en limpio en caso de que necesite comenzar de nuevo.
2. Cuando empiece a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que designe para que tome decisiones en su nombre entienda sus deseos.
4. Una vez que llene y firme los formularios, fotocopíelos, escanéelos o tómeles una foto y entréguelos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a

su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios estén disponibles en caso de emergencia.

5. Si lo desea, también puede guardar una copia de los formularios en su expediente médico electrónico o en una aplicación, programa o servicio de expedientes médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus familiares, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ILLINOIS

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de atención médica para Illinois**, que protege su derecho a rechazar tratamiento médico que no desea, o a solicitar tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Las Instrucciones anticipadas para Illinois constan de dos documentos. El **Formulario abreviado de poder notarial para la atención médica reglamentario para Illinois**, que le permite nombrar a una persona (su agente) para que tome decisiones sobre su atención médica si usted ya no puede hablar por sí mismo. El formulario le permite poner por escrito sus deseos con respecto a la donación de órganos, tratamiento de mantenimiento de la vida, disposiciones funerarias y otros asuntos. El segundo documento es el **Testamento en vida para Illinois**. Este documento le permite dar instrucciones para que, en caso de padecer una afección terminal, no se utilicen procedimientos que retrasen el fallecimiento para prolongar su vida. El **Testamento en vida para Illinois** se limita a esta instrucción y **no es válido si usted cuenta con un Poder notarial para la atención médica en vigor**. El Testamento en vida para Illinois es útil si usted no desea nombrar a un agente y quiere evitar prolongar su vida en caso de que padezca una afección terminal.

¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas de atención médica para Illinois sea legal?

El Formulario abreviado reglamentario para Illinois, en el que se basa el siguiente formulario de poder notarial para la atención médica, exige que su firma se realice en presencia de un testigo adulto, de 18 años o más. Su testigo no podrá ser:

- su médico tratante, enfermero de práctica avanzada, médico asistente, dentista, podólogo, optometrista o proveedor de servicios de salud mental o un pariente de los mismos;
- un propietario, operador o pariente de un propietario u operador de un centro de atención médica en el que usted sea paciente o residente;
- su padre, madre, hermano, descendiente o cualquiera de los respectivos cónyuges;
- el padre, madre, hermano o descendiente de su agente, o cualquiera de los respectivos cónyuges, o

- su agente o agente sucesor.

El Testamento en vida para Illinois, exige que su firma se realice en presencia de dos testigos adultos, de 18 años o más. Los testigos no pueden ser personas que firmen en su nombre, que sean directamente responsables financieramente de su atención médica o que tengan derecho a una parte de su patrimonio. Como se mencionó anteriormente, el Testamento en vida para Illinois no es válido si usted cuenta con un Poder notarial para la atención médica para Illinois en vigor.

Nota: Puede firmar su documento a mano o de forma electrónica. No es necesario que certifique ante notario su poder notarial para la atención médica ni su testamento en vida.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted designa para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar dichas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o un amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

Su agente no puede ser su médico tratante ni ningún otro proveedor de atención médica que le esté administrando atención médica al momento de firmar este documento.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. El agente suplente intervendrá si la(s) persona(s) que nombra como agente(s) no es (son) capaz (ces), no está(n) dispuesta(s) o no está a su alcance actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para realizar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

El **Poder notarial para la atención médica** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica. Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Illinois en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Usted puede revocar su Poder notarial para la atención médica para Illinois o su Testamento en vida para Illinois en cualquier momento al:

- borrar, quemar, romper o destruir o anular de cualquier otro modo su documento;
- firmar y fechar una revocación por escrito, u ordenar a otra persona que lo haga por usted, independientemente de si la revocación por escrito está en formato electrónico o impreso;
- expresar su intención, verbalmente o de otro modo, de revocar el documento en presencia de un testigo de 18 años o más, quien deberá firmar y fechar una confirmación por escrito de que usted expresó su intención de revocar, o
- en el caso de una declaración electrónica, al borrar en una manera que indique la intención de revocar, utilizando un sistema genérico de neutralidad tecnológica en el que se asigne a cada usuario un identificador único que se conserve de forma segura, y en una manera que cumpla los requisitos normativos para una firma digital o electrónica.

La revocación de su Testamento en vida no será válida hasta que se comunique a su médico tratante.

También puede enmendar su Poder notarial para la atención médica en cualquier momento mediante una modificación por escrito firmada y fechada por usted u otra persona que actúe bajo su dirección.

También puede optar por un aplazamiento de revocación escribiendo sus iniciales en la casilla correspondiente del formulario de poder notarial, lo que creará un período de espera de 30 días de forma que la revocación de su poder notarial no entrará en vigor hasta 30 días después de que usted manifieste la intención de revocar.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas mantiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas para cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado acerca de un poder notarial permanente que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) salvo que tenga una orden independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o en el departamento para adultos mayores de su estado (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de los estados (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse al personal de emergencias cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 1 DE 12**

**AVISO PARA LA PERSONA QUE FIRMA EL
PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

AVISO LEGAL

Nadie puede predecir cuándo podría ocurrir una enfermedad grave o un accidente. Si ocurre, podría necesitar que otra persona hable o tome decisiones sobre la atención médica por usted. Si planifica ahora, puede aumentar las posibilidades de que el tratamiento médico que reciba sea el que usted desea.

En Illinois, puede elegir a una persona para que sea su "agente de atención médica". Su agente es la persona en la que confía para que tome decisiones sobre la atención médica por usted si no es capaz o no desea tomarlas por sí mismo. Dichas decisiones deben basarse en sus valores y deseos personales.

Es importante poner por escrito la elección de su agente. El formulario escrito suele denominarse "instrucciones anticipadas". Puede utilizar este u otro formulario, siempre y cuando cumpla los requisitos legales de Illinois. Existen diversos recursos escritos y en línea para guiarle a usted y a sus seres queridos al momento de conversar sobre estos asuntos. Puede resultarle útil consultar estos recursos cuando analice y hable sobre sus instrucciones anticipadas.

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 2 DE 12**

¿QUÉ ASPECTOS DESEO QUE CONOZCA MI
AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA?

La selección de su agente debe evaluarse cuidadosamente, ya que su agente tendrá la potestad final para tomar decisiones una vez que este documento entre en vigor, en la mayoría de los casos al ya no ser capaz de tomar sus propias decisiones. Aunque el objetivo es que su agente tome decisiones de acuerdo con sus preferencias y en la mayoría de las circunstancias eso es lo que ocurre, tenga en cuenta que la ley permite a su agente tomar decisiones para ordenar o rechazar intervenciones de atención médica o retirar tratamientos. Su agente tendrá que pensar en las conversaciones que usted mantuvo, en su personalidad y en cómo manejó asuntos importantes relacionados con la atención médica en el pasado. Por lo tanto, es importante que hable con su agente y su familia sobre aspectos como:

(i) ¿Qué es lo más importante en su vida?

(ii) ¿Qué importancia tiene para usted evitar el dolor y el sufrimiento?

(iii) Si tuviera que elegir, ¿es más importante para usted vivir el mayor tiempo posible, o evitar el sufrimiento prolongado o la discapacidad?

(iv) ¿Preferiría estar en casa o en un hospital los últimos días o semanas de su vida?

(v) ¿Tiene creencias religiosas, espirituales o culturales que desea que su agente y otras personas tengan en cuenta?

(vi) ¿Desea hacer una contribución significativa a la ciencia médica después de su fallecimiento mediante la donación de órganos o la donación de cuerpo completo?

(vii) ¿Dispone ya de un documento de instrucciones anticipada, como un testamento en vida, que describe sus deseos específicos relativos a atención médica que solo retrasa el fallecimiento? Si cuenta con otro documento de instrucciones anticipadas, asegúrese de hablar con su agente sobre las instrucciones y las decisiones de tratamiento contenidas en el mismo que explican sus preferencias. Asegúrese de que su agente se comprometa a cumplir los deseos expresados en sus instrucciones anticipadas.

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 3 DE 12**

¿QUÉ CLASE DE DECISIONES PUEDE TOMAR MI AGENTE?

Si en algún momento su médico determina que usted no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, o si usted no desea tomar sus propias decisiones, algunas de las decisiones que podría tomar su agente son las siguientes:

- (i) Hablar con los médicos y otros proveedores de atención médica sobre su afección.
- (ii) Ver los expedientes médicos y aprobar quién más puede verlos.
- (iii) Autorizar pruebas médicas, medicamentos, cirugías u otros tratamientos.
- (iv) Elegir dónde recibe la atención y qué médicos y otras personas la pueden proporcionar.
- (v) Aceptar, retirar o rechazar tratamientos destinados a mantenerle con vida si está próximo a fallecer o no es probable que se recupere. Usted puede optar por incluir directrices o restricciones a la potestad de su agente.
- (vi) Aceptar o rechazar la donación de sus órganos o la donación de cuerpo completo si aún no ha tomado usted mismo esta decisión. Esto podría incluir la donación para trasplante, investigación o educación. Debe comunicar a su agente si se inscribió como donante en el registro de Consentimiento de la Primera Persona que mantiene el secretario de estado de Illinois o si aceptó donar todo su cuerpo para investigación médica o educación.
- (vii) Qué hacer con sus restos después de su fallecimiento, si aún no lo ha planificado.
- (viii) Hablar con sus otros seres queridos para que le ayuden a tomar una decisión (aunque su agente designado tendrá la última palabra sobre sus otros seres queridos).

Su agente no es responsable automáticamente de sus gastos de atención médica.

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 4 DE 12**

¿A QUIÉN DEBO ELEGIR COMO MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA?

Puede elegir a un familiar; sin embargo, no está obligado a hacerlo. Su agente tendrá la responsabilidad de tomar las decisiones sobre tratamientos médicos, aunque otras personas cercanas a usted puedan recomendar una decisión diferente. La selección de su agente debe hacerse cuidadosamente, ya que él o ella tendrá la potestad final para tomar decisiones sobre su tratamiento en el momento en que ya no sea capaz de manifestar sus preferencias. Elija a un familiar, amigo u otra persona que:

(i) tenga al menos 18 años;

(ii) le conozca bien;

(iii) confíe en que hará lo mejor para usted y esté dispuesta a llevar a cabo sus deseos, aunque pueda no estar de acuerdo con ellos;

(iv) se sentiría cómoda hablando y haciendo preguntas a sus médicos y otros proveedores de atención médica;

(v) no se alteraría demasiado al llevar a cabo sus deseos si usted se encuentra muy enfermo, y

(vi) pueda estar a su lado cuando lo necesite y esté dispuesta a aceptar esta importante función.

¿QUÉ OCURRE SI MI AGENTE NO ESTÁ DISPUESTO O NO
ESTÁ A SU ALCANCE TOMAR DECISIONES POR MÍ?

Si la persona que es su primera opción no es capaz de desempeñar esta función, entonces el segundo agente que usted eligió tomará las decisiones; si no está al alcance de su segundo agente, entonces el tercer agente que usted eligió tomará las decisiones. El segundo y el tercer agente se denominan agentes sucesores y funcionan como agentes de apoyo del agente que es su primera opción y solo pueden actuar uno a la vez y en el orden en que usted los enumeró.

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 5 DE 12**

**¿QUÉ OCURRE SI NO ELIJO UN
AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA?**

Si usted ya no es capaz de tomar sus propias decisiones sobre la atención médica y no ha nombrado a un agente por escrito, su médico y otros proveedores de atención médica le pedirán a un familiar, amigo o tutor que tome las decisiones por usted. En Illinois, existe una ley que establece a cuál de estas personas se le consultará. En esta ley, a cada una de estas personas se les denomina "sustituto".

Hay razones por las que tal vez desee nombrar a un agente en lugar de depender de un sustituto:

- (i) Es posible que la persona o personas que figuran en esta ley no sean las usted querría que tomaran decisiones por usted.
- (ii) Posiblemente algunos familiares o amigos sean incapaces o no estén dispuestos a tomar decisiones como a usted le gustaría.
- (iii) Los familiares y amigos pueden diferir entre sí sobre cuáles serían las mejores decisiones.
- (iv) En algunas circunstancias, es posible que un sustituto no sea capaz de tomar el mismo tipo de decisiones que un agente.

**¿QUÉ OCURRE SI NO HAY NINGUNA
PERSONA DISPONIBLE EN QUIEN CONFÍE
PARA QUE SEA MI AGENTE?**

En esta situación, es especialmente importante que hable con su médico y otros proveedores de atención médica y que elabore una guía escrita sobre lo que desea o no desea, si es que en algún momento se encuentra gravemente enfermo y no puede expresar sus propios deseos. Puede llenar un testamento en vida. También puede escribir sus deseos o hablarlos con su médico u otro proveedor de atención médica y pedirle que los anote en su historial. Si lo desea, también puede utilizar recursos escritos o en línea para guiarle en este proceso.

FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 6 DE 12

¿QUÉ HAGO CON ESTE FORMULARIO UNA VEZ QUE LO HAYA LLENADO

Siga estas instrucciones una vez que haya llenado el formulario:

- (i) Firme el formulario ante un testigo. Consulte en el formulario la lista de personas que pueden y no pueden actuar como testigos.
- (ii) Pida al testigo que también lo firme.
- (iii) No es necesario que certifique el formulario ante notario.
- (iv) Entregue una copia a su agente y a cada uno de sus agentes sucesores.
- (v) Entregue otra copia a su médico.
- (vi) Lleve una copia cuando acuda al hospital.
- (vii) Muéstreselo a sus familiares y amigos y a otras personas que se preocupan por usted.

¿QUÉ OCURRE SI CAMBIO DE OPINIÓN?

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, informe a una persona que tenga al menos 18 años que cambió de opinión, o destruya su documento y todas las copias. Si lo desea, complete un nuevo formulario y asegúrese de que todas las personas a las que les entregó el anterior tengan una copia del nuevo formulario, incluidos, entre otros, sus agentes y sus médicos. Si le preocupa llegar a revocar su poder notarial en el momento en que más pueda necesitarlo, escriba sus iniciales en la casilla al final del formulario para indicar que desea un período de espera de 30 días después de manifestar su intención de revocar su poder notarial. Esto significa que, si su agente está tomando decisiones por usted durante ese tiempo, su agente podrá seguir tomando decisiones en su nombre. Esta elección es completamente opcional, y no tiene que tomarla. Si no elige esta opción, puede cambiar de opinión y revocar el poder notarial en cualquier momento.

¿QUÉ OCURRE SI NO DESEO UTILIZAR ESTE FORMULARIO?

En caso de que no desee utilizar el formulario reglamentario para Illinois que se proporciona aquí, cualquier documento que llene debe ser realizado por usted, además, debe designar a un agente de más de 18 años que no tenga prohibido actuar como su agente e indicar las facultades del agente, aunque no es necesaria la presencia de testigos ni ajustarse en ningún otro aspecto al poder notarial para la atención médica reglamentario.

Si tiene alguna pregunta sobre el uso de cualquier formulario, puede consultar a su médico, a otro proveedor de atención médica o a un abogado.

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 7 DE 12**

MI PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

EL PRESENTE PODER NOTARIAL REVOCA TODOS LOS
PODERES NOTARIALES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ANTERIORES. (Debe
firmar este formulario y también debe firmarlo un testigo para que sea válido)

Mi nombre (Escriba su nombre completo en letra de imprenta): _____

Mi domicilio: _____

DESEO QUE LA SIGUIENTE PERSONA ACTÚE COMO MI AGENTE DE ATENCIÓN
MÉDICA

(un agente es su representante personal en virtud de la ley estatal y federal):

(Nombre del agente) _____

(Domicilio del agente) _____

(Número de teléfono del agente) _____

(Marque la casilla si corresponde)

Si debe nombrarse un tutor de mi persona, nombro tutor al agente que actúa
en virtud de este poder notarial.

ESCRIBA SU
NOMBRE Y
DOMICILIO EN
LETRA DE
IMPRESA

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE EN LETRA
DE IMPRESA

MARQUE ESTA
CASILLA SI
TAMBIÉN DESEA
NOMBRAR A SU
AGENTE COMO
TUTOR DE SU
PERSONA, EN CASO
DE QUE SE DEBA
DESIGNAR A UNO
POR USTED

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 8 DE 12**

AGENTE(S) SUCESOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA (opcional):

Si el agente que seleccioné no es capaz o no desea tomar decisiones sobre la atención médica por mí, entonces solicito que la(s) persona(s) que nombro a continuación sea(n) mi(s) agente(s) sucesor(es) de atención médica. Solo una persona a la vez puede actuar como mi agente (añada otra página si desea agregar más nombres de agentes sucesores):

(Nombre, domicilio y número de teléfono del agente sucesor n.º 1)

(Nombre, domicilio y número de teléfono del agente sucesor n.º 2)

MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA POR MÍ,
ENTRE ELLAS:

- (i) Aceptar, retirar o rechazar tratamiento para cualquier afección física o mental mía, incluidas las decisiones de vida o muerte.
- (ii) Acordar mi ingreso o alta de cualquier hospital, residencia u otra institución, incluidos los centros de salud mental.
- (iii) Tener acceso completo a mis expedientes médico y de salud mental, y compartirlos con otras personas según sea necesario, incluso después de mi fallecimiento.
- (iv) Llevar a cabo los planes que ya he contemplado o, si aún no los he hecho, tomar decisiones sobre mi cuerpo o mis restos, incluidos la donación de órganos, tejidos o la donación de cuerpo completo, la autopsia, la cremación y el entierro.

La anterior atribución de facultades pretende ser lo más amplia posible para que mi agente tenga la potestad para tomar cualquier decisión que yo pudiera tomar a fin de obtener o poner fin a cualquier tipo de atención médica, incluidos el retiro de nutrición e hidratación y de otras medidas de mantenimiento de la vida.

NOMBRE AQUÍ A
SUS AGENTES
SUCESORES, SI
ELIJE DESIGNAR
ALGUNO

ESTE PÁRRAFO
ENUMERA LAS
FACULTADES QUE
SE OTORGAN
AUTOMÁTICAMENTE
A SU AGENTE

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 9 DE 12**

AUTORIZO A MI AGENTE A (marque una de las casillas):

- Tomar decisiones por mí solo cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El (los) médico(s) que me atienda(n) determinará(n) cuándo ya no tenga esta capacidad. (Si no se marca ninguna casilla, se aplicará la casilla anterior). O
- Tomar decisiones por mí solo cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El (los) médico(s) que me atienda(n) determinará(n) cuándo ya no tenga esta capacidad. Desde ahora, con el fin de ayudarme con mis planes y decisiones sobre la atención médica, mi agente tendrá acceso completo a mis expedientes médicos y de salud mental, la potestad para compartirlos con otras personas según sea necesario, y la capacidad completa para comunicarse con mi(s) médico(s) personal(es) y otros proveedores de atención médica, incluida la capacidad para solicitar una opinión de mi médico sobre si ya no soy capaz de tomar decisiones por mí mismo. O
- Tomar decisiones por mí desde ahora y continuar después de que ya no sea capaz de tomarlas por mí mismo. Mientras siga teniendo la capacidad de tomar mis propias decisiones, puedo seguir haciéndolo si lo deseo.

El tema sobre los tratamientos de mantenimiento de la vida es de especial importancia. Los tratamientos de mantenimiento de la vida pueden incluir alimentación por sonda o suministro de líquidos mediante una sonda, respiradores artificiales y RCP. En general, al momento de tomar decisiones sobre un tratamiento de mantenimiento de la vida, su agente tiene instrucciones para evaluar el alivio del sufrimiento, la calidad y la posibilidad de prolongar su vida, así como sus deseos expresados con anterioridad. Su agente considerará los obstáculos en comparación con los beneficios de los tratamientos propuestos al momento de tomar decisiones en su nombre.

A continuación, se describen declaraciones adicionales relativas a la suspensión o retiro de tratamientos de mantenimiento de la vida. Pueden servir de guía a su agente al momento de tomar decisiones por usted. Pregunte a su médico o proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta sobre estas declaraciones.

MARQUE UNA DE LAS TRES CASILLAS PARA INDICAR LA SITUACIÓN QUE MEJOR DESCRIBA EL MOMENTO EN QUE DESEA QUE ENTREN EN VIGOR LAS FACULTADES DE SU AGENTE

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 10 DE 12**

SELECCIONE UNA SOLA DE LAS DECLARACIONES A CONTINUACIÓN QUE MEJOR
EXPRESA SUS
DESEOS (opcional):

- La calidad de mi vida es más importante que la duración de mi vida. Si estoy inconsciente y mi médico tratante cree, de acuerdo con las normas médicas razonables, que no me despertaré ni recuperaré mi capacidad de pensar, no me comunicaré con mi familia ni amigos ni experimentaré lo que me rodea, no deseo tratamientos para prolongar mi vida o retrasar mi fallecimiento, pero sí deseo tratamientos o cuidados para estar cómodo y aliviar el dolor.
- Seguir vivo es más importante para mí, independientemente de lo enfermo que esté, de lo mucho que sufra, del costo de los procedimientos o de lo improbables que sean mis posibilidades de recuperación. Deseo que mi vida se prolongue lo más posible, de acuerdo con las normas médicas razonables.

PUEDA MARCAR UNA
DE LAS DOS
CASILLAS, O PUEDE
NEGARSE A MARCAR
CUALQUIERA DE
ELLAS

SI HAY FACULTADES QUE NO DESEA QUE TENGA SU AGENTE, DEBE INDICARLAS AQUÍ

INDIQUE LOS LÍMITES DE LAS FACULTADES DEL AGENTE

FIRME Y FECHA AQUÍ

FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 11 DE 12

LIMITACIONES ESPECÍFICAS A LA POTESTAD PARA TOMAR DECISIONES DE MI AGENTE:

La anterior atribución de facultades pretende ser lo más amplia posible para que su agente tenga la potestad para tomar cualquier decisión que usted pudiera tomar a fin de obtener o poner fin a cualquier tipo de atención médica. Si desea limitar el alcance de las facultades de su agente u ordenar normas especiales o limitar la potestad para autorizar autopsias o disponer de restos, puede hacerlo específicamente en este formulario.

Mi firma: _____

Fecha de hoy: _____

**FORMULARIO ABREVIADO DE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA REGLAMENTARIO PARA ILLINOIS: PÁGINA 12 DE 12**

APLAZAMIENTO DE REVOCACIÓN

Elijo aplazar la revocación de este poder notarial por 30 días después de comunicar mi intención de revocarlo.

Elijo que la revocación de este poder notarial entre en vigor inmediatamente si comunico mi intención de revocarlo.

SU TESTIGO DEBE ACEPTAR LO QUE ESTÁ ESCRITO A CONTINUACIÓN, Y LLENAR LA PARTE DE LA FIRMA:

Tengo al menos 18 años. (marque una de las opciones siguientes):

vi al mandante firmar este documento, o

el mandante me indicó que la firma o marca en la línea de firma del mandante es suya.

No soy el agente o agente(s) sucesor(es) nombrado(s) en este documento. No tengo relación de parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción con el mandante, el agente o el (los) agente(s) sucesor(es). No soy el médico, enfermero titulado de práctica avanzada, dentista, podólogo, optometrista, psicólogo del mandante ni pariente de ninguna de estas personas. No soy el médico o proveedor de servicios de salud mental del mandante ni pariente de ninguna de estas personas. No soy propietario ni operador (ni pariente de un propietario u operador) del centro de atención médica en el que el mandante es paciente o residente.

Nombre del testigo en letra de imprenta: _____

Domicilio del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Fecha de hoy: _____

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org, 800-658-8898

MARQUE UNA DE ESTAS CASILLAS PARA DETERMINAR CUÁNDO ENTRARÁ EN VIGOR SU REVOCACIÓN DE ESTE PODER NOTARIAL

SU TESTIGO DEBE MARCAR UNA DE LAS DOS CASILLAS Y ACEPTAR LA DECLARACIÓN SOBRE LAS RESTRICCIONES A LOS TESTIGOS

SU TESTIGO DEBE ESCRIBIR SU NOMBRE Y DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA Y FIRMAR AQUÍ

TESTAMENTO EN VIDA PARA ILLINOIS: PÁGINA 1 DE 1

DECLARACIÓN

La presente declaración se efectúa el día ___ de _____

(mes, año). Yo, _____ en pleno uso de mis facultades mentales, deliberada y voluntariamente doy a conocer mi deseo de que mi fallecimiento no sea prolongado artificialmente. Si en algún momento padezco una lesión, enfermedad o mal incurable e irreversible que mi médico tratante considere una afección terminal, que me haya examinado personalmente y haya determinado que mi fallecimiento es inminente, excepto en el caso de procedimientos para retrasar el fallecimiento, ordeno que se suspendan o retiren dichos procedimientos que solo prolongarían el proceso del fallecimiento, y que se me permita fallecer naturalmente solo con la administración de medicamentos, sustento o la realización de cualquier procedimiento que mi médico tratante considere necesario para proporcionarme cuidados paliativos.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de dichos procedimientos para retrasar el fallecimiento, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y médico como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

Firma _____

Ciudad, Condado y Estado de residencia _____

Conozco personalmente al declarante y creo que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. Vi al declarante firmar la declaración en mi presencia (o el declarante reconoció en mi presencia que firmó la declaración) y firmé la declaración como testigo en presencia del declarante. No firmé la firma del declarante que figura más arriba en su nombre ni bajo su dirección. En la fecha de este instrumento, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada o, a mi leal saber y entender, en virtud de ningún testamento del declarante u otro instrumento que entre en vigor en el momento del fallecimiento del declarante, ni soy directamente responsable financieramente de la atención médica del declarante.

Testigo _____

Testigo _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

FECHE SU DOCUMENTO AQUÍ

ESCRIBA AQUÍ SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRME AQUÍ A MANO O DE FORMA ELECTRÓNICA

ESCRIBA AQUÍ SU DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA

DOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR A MANO O DE FORMA ELECTRÓNICA

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.