

MISISIPI

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de 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 para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves 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:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.
4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.

Copyright © 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Hospice and Palliative Care Organization está expresamente prohibida.

5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPÍ

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de atención médica para Misisipi**, 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.

La **Parte 1** es un **Poder notarial para la atención médica**. Esta parte le permite nombrar a una persona (un agente) para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo.

La **Parte 2** incluye sus **Instrucciones personales**. Esta parte es el testamento en vida de su estado. Le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo y padezca una enfermedad terminal, pierda el conocimiento de forma permanente, o los posibles riesgos y cargas del tratamiento propuesto superen los beneficios esperados.

La **Parte 3** le permite expresar sus deseos relativos la donación de órganos.

La **Parte 4** de este formulario le permite nombrar a un médico, el cual tendrá la responsabilidad principal de su atención médica.

La **Parte 5** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Puede llenar una o las cuatro primeras partes según sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte 5.**

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

Tiene dos opciones para que su documento Instrucciones anticipadas de atención médica sea legalmente vinculante:

Opción uno: Firmar su documento en presencia de dos testigos. Sus testigos deben tener al menos 18 años de edad. Ninguno de sus testigos puede ser:

- la persona que usted nombró como su agente;
- un proveedor de atención médica, o
- un empleado de un proveedor o centro de atención médica.

Además, uno de sus testigos **no puede** ser:

- pariente suyo por consanguinidad, afinidad o adopción,
- una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio, ya sea en virtud de su testamento y última voluntad o por aplicación de la ley.

U

Opción dos: Firmar su documento ante un notario público.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o 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.

Puede nombrar a una segunda persona como su agente suplente. Un agente suplente intervendrá si la persona que nombra como agente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar por usted.

A menos que sea pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, su agente no puede ser propietario, operador ni empleado de una institución residencial de atención médica a largo plazo en la que usted reciba atención.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis Instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar 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 que actúe 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 puede tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica, a menos que usted elija que entre en vigor de forma inmediata.

Sus **Instrucciones personales** entran en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede comunicar sus deseos y existe una de las condiciones mencionadas anteriormente.

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 Misisipi en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Para revocar el nombramiento de un agente en la Parte 1 de sus Instrucciones anticipadas de atención médica para Misisipi, debe preparar un escrito firmado, o informar personalmente a su médico de cabecera o al proveedor que haya asumido la responsabilidad principal de su atención médica.

A menos que usted disponga lo contrario, un fallo de anulación, divorcio, disolución del matrimonio o separación legal revoca automáticamente un nombramiento previo de su cónyuge como su agente.

Usted puede revocar total o parcialmente sus instrucciones anticipadas de atención médica, excepto el nombramiento de un agente, en cualquier momento y de cualquier manera que comunique una intención de revocar, por ejemplo, al destruir sus instrucciones anticipadas de atención médica.

Un documento de instrucciones anticipadas posterior que entre en conflicto con un documento de instrucciones anticipadas previo revocará el documento previo en la medida del conflicto entre ambos.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, 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 de 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 duradero que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no serán válidas en caso de 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 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.

EXPLICACIÓN

Explicación

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome decisiones sobre la atención médica por usted. Este formulario le permite hacer una o ambas cosas. Además, le permite expresar sus deseos relativos al nombramiento de su médico de cabecera. Si utiliza este formulario, puede llenarlo o modificarlo total o parcialmente. Usted es libre de utilizar un formulario diferente.

La **Parte 1** de este formulario es un poder notarial para la atención médica. La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como agente para que tome decisiones sobre la atención médica por usted en caso de que pierda la capacidad para tomar sus propias decisiones o en caso de que desee que otra persona tome esas decisiones por usted ahora, aunque aún tenga capacidad. Puede nombrar a un agente suplente para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente a su alcance tomar decisiones por usted. A menos que sea pariente suyo, su agente no puede ser propietario, operador ni empleado de una institución residencial de atención médica a largo plazo en la que usted reciba atención.

A menos que el formulario que usted firme limite la potestad de su agente, el agente puede tomar todas las decisiones sobre la atención médica por usted. Este formulario reserva un espacio para que limite la potestad de su agente. Usted no tiene que limitar la potestad de su agente si desea confiar en él para que tome todas las decisiones sobre la atención médica que deban tomarse. Si elige no limitar la potestad de su agente, el agente tendrá derecho a:

- (a) dar o negar el consentimiento para administrar atención, tratamientos, servicios o procedimientos para mantener, diagnosticar o influir de cualquier otro modo en una afección física o mental;
- (b) seleccionar o despedir a proveedores e instituciones de atención médica;
- (c) aprobar o rechazar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, programas de medicamentos y órdenes de no resucitar, y
- (d) dar instrucciones para la administración, la suspensión o el retiro de la alimentación e hidratación artificiales y todas las demás formas de atención médica.

La **Parte 2** de este formulario le permite dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica. Se brindan opciones para que usted exprese sus deseos relativos a la administración, la suspensión o el retiro de tratamiento para mantenerle con vida, incluida la administración de la alimentación e hidratación artificiales, así como la administración de medicamentos para el alivio del dolor. Se reserva un espacio para que añada algún elemento a las opciones que eligió o para que redacte cualquier deseo adicional.

La **Parte 3** de este formulario le permite designar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPI
PÁGINA 2 DE 11

EXPLICACIÓN
CONTINUACIÓN

La **Parte 4** de este formulario le permite otorgar potestad a su agente para hacer una donación anatómica en su nombre de acuerdo con sus deseos, si no lo ha hecho usted mismo.

Después de llenar este formulario, fírmelo y féchelo al final de la **Parte 5**, además, debe utilizar uno de los dos métodos alternativos que se indican a continuación para que se atestigüe. Entregue una copia del formulario firmado y completado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a la institución de atención médica en la que recibe atención y al agente de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que haya nombrado como agente para asegurarse de que entiende sus deseos y de que está dispuesta a asumir la responsabilidad.

Usted tiene derecho a revocar estas Instrucciones anticipadas de atención médica o a sustituir este formulario en cualquier momento.

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

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPI

PÁGINA 3 DE 11

**PARTE 1
PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

(1) NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE:

Yo, _____, nombro a
(su nombre)

la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones sobre la atención médica por mí:

(Nombre de la persona que elige como agente)

(domicilio)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono particular)

(teléfono de trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la potestad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no es capaz, o no está razonablemente a su alcance tomar decisiones sobre la atención médica por mí, nombro como mi primer agente suplente a:

(Nombre de la persona que elige como primer agente suplente)

(domicilio)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono particular)

(teléfono de trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la potestad de mi agente y de mi primer agente suplente, o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente a su alcance tomar decisiones sobre la atención médica por mí, nombro como mi segundo agente suplente a:

(Nombre de la persona que elige como segundo agente suplente)

(domicilio)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono particular)

(teléfono de trabajo)

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE, DOMICILIO
PARTICULAR Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO
PARTICULAR Y DE
TRABAJO DE SU
AGENTE PRINCIPAL

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE, DOMICILIO
PARTICULAR Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO
PARTICULAR Y DE
TRABAJO DE SU
PRIMER AGENTE
SUPLENTE

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE, DOMICILIO
PARTICULAR Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO
PARTICULAR Y DE
TRABAJO DE SU
SEGUNDO AGENTE
SUPLENTE

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

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPI

PÁGINA 4 DE 11

2) **POTESTAD DEL AGENTE:** Mi agente tiene la potestad para tomar todas las decisiones sobre la atención médica por mí, incluidas las decisiones de administrar, suspender o retirar alimentación e hidratación artificiales, y todas las demás formas de atención médica destinadas a mantenerme con vida, salvo lo que yo indique aquí:

(Añada hojas adicionales si es necesario).

(3) **CUANDO LA POTESTAD DEL AGENTE ENTRA EN VIGOR:** La potestad de mi agente entra en vigor si mi médico de cabecera determina que no soy capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica, a menos que marque la casilla siguiente. Si marco esta casilla [], la potestad de mi agente para tomar decisiones sobre la atención médica por mi entra en vigor de forma inmediata.

(4) **OBLIGACIONES DEL AGENTE:** Mi agente tomará las decisiones sobre la atención médica por mí de acuerdo con este poder notarial para la atención médica, cualquier instrucción que yo dé en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente tomará las decisiones sobre la atención médica por mí de acuerdo con lo que mi agente determine que es en mi mejor interés. Para determinar lo que es en mi mejor interés, mi agente tendrá en cuenta mis valores personales en la medida en que mi agente los conozca.

(5) **NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR:** En caso de que una corte deba designar a un tutor de mi persona, nombro al agente señalado en este formulario. Si dicho agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance actuar como tutor, nombro a los agentes suplentes que designé anteriormente, en el orden indicado.

AÑADA
INSTRUCCIONES
PERSONALES SOLO
SI DESEA LIMITAR
LA FACULTAD
DE SU AGENTE

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
CASILLA SOLO SI
DESEA QUE LA
POTESTAD DE SU
AGENTE ENTRE EN
VIGOR DE FORMA
INMEDIATA

TACHE Y ESCRIBA
SUS INICIALES EN
LAS DECLARACIONES
DE LOS PÁRRAFOS
3, 4 O 5 QUE NO
REFLEJEN SUS
DESEOS

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

**PARTE 2
INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN
MÉDICA**

Si está de acuerdo en permitir que su agente determine lo que es mejor para usted al momento de tomar decisiones sobre el final de la vida, no es necesario que complete esta parte del formulario. Si completa esta parte del formulario, puede tachar el texto que no desee.

(6) **DECISIONES SOBRE EL FINAL DE LA VIDA:** Doy instrucciones para que mis proveedores de atención médica y otras personas que participan en mi atención administren, suspendan o retiren tratamiento de acuerdo con la decisión que marco a continuación:

[] (a) **Decisión de NO prolongar la vida**

No deseo que se prolongue mi vida si (i) padezco una afección incurable e irreversible que provocará mi fallecimiento en un plazo relativamente corto, (ii) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré el conocimiento, o (iii) los posibles riesgos y cargas del tratamiento superarían los beneficios esperados, o

[] (b) **Decisión de prolongar la vida**

Deseo que se prolongue mi vida el mayor tiempo posible, dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.

(7) **ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES:** La alimentación e hidratación artificiales deben administrarse, suspenderse o retirarse de acuerdo con la decisión que elegí en el párrafo (6), a menos que marque la casilla siguiente. Si marco esta casilla [], debe administrarse alimentación e hidratación artificiales, independientemente de mi afección y de la decisión que elegí en el párrafo (6).

(8) **ALIVIO DEL DOLOR:** Salvo lo que indique en el espacio siguiente, doy instrucciones para que se administre en todo momento tratamiento para el alivio del dolor o las molestias, incluso si esto acelera mi fallecimiento:

(Añada hojas adicionales si es necesario).

ESCRIBA SUS INICIALES EN EL PÁRRAFO QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS EN RELACIÓN CON MEDIDAS DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA CASILLA

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA SOLO SI DESEA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES, INDEPENDIENTEMENTE DE SU AFECCIÓN MÉDICA

AÑADA INSTRUCCIONES PERSONALES SOLO SI DESEA LIMITAR EL TRATAMIENTO DE CUIDADOS PARA LA COMODIDAD

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPI

PÁGINA 7 DE 11

PARTE 3

**MÉDICO DE CABECERA
(OPCIONAL)**

(11) Designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

(nombre del médico)

(domicilio)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono)

Si el médico que designé anteriormente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance actuar como mi médico de cabecera, designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

(nombre del médico)

(domicilio)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono)

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

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
MÉDICO DE
CABECERA
SUPLENTE EN
LETRA DE
IMPRESA

PARTE 4

**AUTORIZACIÓN PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS
(OPCIONAL)**

TACHE Y ESCRIBA
SUS INICIALES EN
ESTA
DECLARACIÓN SI
NO DESEA
OTORGAR
POTESTAD A SU
AGENTE PARA OUE
DONACIÓN
DE SUS ÓRGANOS
O PARTES
FÍSICAS

DE LO
CONTRARIO,
ESCRIBA SUS
INICIALES EN LAS
OPCIONES QUE
CORRESPONDAN A
SUS DESEOS DE

AÑADA
INSTRUCCIONES
AQUÍ SOLO SI
DESEA LIMITAR SU
DONACIÓN
ANATÓMICA

(12) Otorgo potestad a mi agente para que haga esta donación anatómica, si es médicamente aceptable, para que surta efecto tras mi fallecimiento. Las palabras y elecciones que figuran a continuación indican mis deseos.

Tras mi fallecimiento, deseo donar:

_____ Mi cuerpo para su estudio anatómico, si es necesario.

_____ Los órganos, tejidos u ojos que sean necesarios.

_____ Solo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

_____ Para trasplante

_____ Para terapia

_____ Para investigación

_____ Para educación médica

_____ Para cualquier fin autorizado por la ley

Esta potestad otorgada a mi defensor del paciente para hacer una donación anatómica se limita de la siguiente manera (enumere aquí las limitaciones o los deseos especiales, si los hubiera):

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPI
PÁGINA 9 DE 11

PARTE 5: FIRMA

Este documento de instrucciones anticipadas no será válido a menos que SEA:

(A) Firmado en presencia de dos testigos adultos, de al menos 18 años de edad, quienes también deberán firmar el documento para demostrar que le conocen personalmente y que creen que está en su sano juicio y no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida.

Ninguno de sus testigos puede ser:

- la persona que usted nombró como su agente,
- un proveedor de atención médica o un empleado de un proveedor o centro de atención médica.

Además, uno de sus testigos no puede ser:

- pariente suyo por consanguinidad, afinidad o adopción,
- una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio, ya sea en virtud de su testamento y última voluntad o por aplicación de la ley.

(Si elige firmar en presencia de testigos, utilice la alternativa 1 a continuación).

O

(B) Firmado ante un notario.

(Si elige firmar ante un notario, utilice la alternativa 2 a continuación).

SI ELIGE FIRMAR EN
PRESENCIA DE
TESTIGOS, UTILICE
LA ALTERNATIVA 1
A CONTINUACIÓN
(P. 10)

SI ELIGE FIRMAR
ANTE UN NOTARIO,
UTILICE LA
ALTERNATIVA 2
A CONTINUACIÓN (P.
11)

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPI
PÁGINA 10 DE 11

Alternativa n.º 1: Firmar en presencia de testigos

(firma) (fecha)

(nombre en letra de imprenta)

(domicilio)

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Testigo n.º 1

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con la Sección 97-9-61 del Código de Misisipi de 1972, que conozco personalmente al mandante, que el mandante firmó o reconoció este documento de instrucciones anticipadas en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida, que no soy la persona nombrada como agente en este documento y que no soy un proveedor de atención médica ni empleado de un proveedor o centro de atención médica. No soy pariente del mandante por consanguinidad, afinidad ni adopción y, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante tras su fallecimiento en virtud de un testamento vigente o por aplicación de la ley.

(firma del testigo) (fecha)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

Testigo n.º 2

Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con la Sección 97-9-61 del Código de Misisipi de 1972, que conozco personalmente al mandante, que el mandante firmó o reconoció este documento de instrucciones anticipadas en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida, que no soy la persona nombrada como agente en este documento y que no soy un proveedor de atención médica ni empleado de un proveedor o centro de atención médica.

(firma del testigo) (fecha)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

FIRME Y FECHÉ
SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS

ESCRIBA SU NOMBRE
Y DOMICILIO EN
LETRA DE IMPRENTA

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR,
FECHAR Y ESCRIBIR
SUS NOMBRES EN
LETRA DE IMPRENTA
AQUÍ

EL TESTIGO n.º 1
NO DEBE SER
PARIENTE SUYO Y
NO DEBE TENER
NINGÚN INTERÉS
EN SU PATRIMONIO

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MISISIPI
PÁGINA 11 DE 11

Alternativa n.º 2: Firmar ante un notario público

FIRME Y FECHÉ
SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS

(firma)

(fecha)

(nombre en letra de imprenta)

ESCRIBA SU NOMBRE
Y DOMICILIO EN
LETRA DE IMPRENTA

(domicilio)

Notario público

Estado de _____

Condado de _____

Este día _____ de _____ de _____,

ante mí, _____ (escriba el nombre del
notario público)

compareció _____, quien me consta
personalmente (o que se me demostró mediante pruebas satisfactorias) que es la
persona cuyo nombre se suscribe en este instrumento, quien reconoció haberlo
firmado. Declaro bajo pena de perjurio que la persona cuyo nombre se suscribe
en este instrumento parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no
se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida.

Sello notarial

(Firma del notario público)

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

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org