

NEVADA

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 ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones 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. 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.
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.
6. Nevada mantiene un Registro de instrucciones anticipadas. Al presentar sus instrucciones anticipadas en el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán encontrar una copia de sus instrucciones en caso de que usted no pueda proporcionarlas. Puede leer más sobre el registro, incluidas las instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en <https://www.nvsos.gov/sos/online-services/nevada-lockbox>.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE NEVADA

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

La **Parte I** es el **Poder notarial duradero de Nevada para las decisiones de atención médica**, que le permite nombrar a alguien, llamado su agente, a fin de tomar decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre tratamientos de soporte vital, si ya no puede hablar por sí mismo. El poder notarial para las decisiones de atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica, no solo al final de la vida. La Parte I también le permite expresar sus deseos con respecto a su atención médica y otras decisiones de planificación anticipada, incluidos sus deseos con respecto a los tratamientos de soporte vital, a fin de ayudar a guiar a su agente.

La **Parte II** es una **Declaración de Nevada**, que es el testamento en vida de su estado. La Parte II le permite expresar sus deseos con respecto a la retención y el retiro de los tratamientos de soporte vital, incluida la administración artificial de nutrición e hidratación, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica y esté en estado terminal. La declaración en la Parte II entra en vigor cuando (y solo es efectiva cuando) su médico tratante determina que (1) usted es incapaz de tomar decisiones sobre el uso de un tratamiento de soporte vital y (2) usted tiene una afección terminal. Debido a que la Parte II está limitada de esta manera y la Parte I le permite expresar las mismas decisiones, si planea completar la Parte I, puede dejar la Parte II en blanco y registrar sus deseos de planificación anticipada solo en la Parte I.

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

La **Parte IV** contiene la certificación de competencia que debe llenar una enfermera registrada de práctica avanzada, o un médico, psicólogo o psiquiatra si usted reside en un hospital, centro residencial para grupos, centro de enfermería especializada u hogar para atención residencial individual al momento de completar sus instrucciones anticipadas.

Puede completar la Parte I, la Parte II o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte III. Debe completar la Parte IV si cumple con los requisitos previos.**

Después de las instrucciones anticipadas, hay un **Formulario de donación de órganos**.

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Nevada?

Nevada exige que usted ejecute su formulario utilizando el lenguaje legal de Nevada, que se refleja en los formularios a continuación.

Si completa la Parte I, puede hacer legales sus instrucciones anticipadas de dos maneras.

Opción 1: Firme su documento en presencia de dos testigos y use el lenguaje legal de Nevada. Estos testigos no pueden ser:

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

Al menos uno de sus testigos debe ser una persona que no esté relacionada con usted (por sangre, matrimonio o adopción) y que no heredará nada de usted con base en algún testamento existente o en virtud de la ley.

Firmar su documento de esta manera también hará legal la Parte II.

U

Opción 2: Haga que su firma sea atestiguada por un notario público y use el lenguaje legal de Nevada. Tener su firma notariada solo hará legal la Parte I (*es decir*, la Parte II necesita un testigo adicional además del notario).

Si llena la Parte II, debe firmar su formulario frente a dos testigos y usar el lenguaje legal de Nevada que se incluye en el formulario.

Independientemente de si llena la Parte I o la Parte II, si reside en un hospital, centro residencial para grupos, centro de enfermería especializada u hogar para atención residencial individual, debe obtener una certificación de competencia completada por una enfermera registrada de práctica avanzada, médico, psicólogo o psiquiatra al momento de completar estos documentos.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

A menos que sea su cónyuge, tutor legal o un miembro de su familia, la persona que usted nombre como su agente **no puede** ser:

- su proveedor de atención médica,
- un empleado de su proveedor de atención médica,
- un operador de un centro de atención médica, o
- un empleado de un centro de atención médica.

Puede nombrar a dos o más personas para que actúen como coagentes. A menos que usted indique lo contrario, cada coagente podrá ejercer su potestad de forma independiente. También puede nombrar a uno o más agentes sucesores que intervienen si la persona que usted nombra como agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder 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 otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

La **Parte I: Poder notarial duradero de Nevada para las decisiones de atención médica** entra en vigor cuando su médico o enfermera registrada de práctica avanzada determina por escrito que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

La **Parte II, la Declaración**, entra en vigor cuando (y solo es efectiva cuando) su médico tratante determina que (1) usted es incapaz de tomar decisiones sobre el uso de un tratamiento de soporte vital y (2) usted padece una afección terminal.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Las instrucciones para retener o retirar el tratamiento de soporte vital de una paciente embarazada no son efectivas si es probable que el feto sobreviva hasta el punto de nacer vivo con un tratamiento de soporte vital continuo.

Su agente no tiene el poder de autorizar ninguno de los siguientes:

- aborto
- esterilización
- confinamiento o colocación en un centro para el tratamiento de enfermedades mentales

- tratamiento convulsivo
- psicocirugía
- intervención aversiva (castigo destinado a alentar o desalentar un comportamiento)
- tratamiento experimental, biomédico o del comportamiento, o participación en cualquier programa de investigación médica, biomédica o del comportamiento
- cualquier otro tratamiento para el cual usted, en su poder notarial duradero para la atención médica (Parte I), declare que su agente no puede dar su consentimiento

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Nevada relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su intención.

Usted puede revocar el nombramiento de su agente (Parte I) en cualquier momento, notificando a su agente o a su médico tratante, hospitales u otro proveedor de atención médica de manera oral o por escrito.

Su poder notarial duradero (Parte I) se revoca automáticamente si:

- ejecuta un nuevo poder notarial duradero, o
- nombra a su cónyuge como su agente y su matrimonio termina (a menos que usted indique lo contrario según la Parte I).

Si desea establecer una fecha de vencimiento para su poder notarial duradero (Parte I), puede hacerlo en la página 4, sección 5. Si no establece una fecha de vencimiento, su poder notarial duradero seguirá siendo válido hasta que se revoque.

La revocación de su declaración (Parte II) entra en vigor cuando usted notifica a su médico tratante.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar 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 tiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

¿Qué otros hechos importantes debo saber?

El estado de Nevada también tiene **Instrucciones anticipadas de Nevada para adultos con discapacidades intelectuales**, que pueden utilizar los adultos cuyo nivel de funcionamiento intelectual y déficits en el comportamiento adaptativo están por debajo del promedio, así como **Instrucciones anticipadas de Nevada para adultos con demencia**.

Consulte a su proveedor de atención médica o abogado si cree que necesita estos formularios.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otros formularios de órdenes con respecto a 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 cada estado (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

Parte I. Poder notarial duradero de Nevada para las decisiones de atención médica

ADVERTENCIA A LA PERSONA QUE EJECUTA ESTE DOCUMENTO

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. CREA UN PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA. ANTES DE EJECUTAR ESTE DOCUMENTO, DEBE CONOCER ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE:

1. ESTE DOCUMENTO LE DA A LA PERSONA QUE USTED NOMBRA COMO SU AGENTE EL PODER DE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE. ESTE PODER ESTÁ SUJETO A CUALQUIER LIMITACIÓN O DECLARACIÓN DE SUS DESEOS QUE INCLUYA EN ESTE DOCUMENTO. EL PODER DE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE PUEDE INCLUIR EL CONSENTIMIENTO, RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO O RETIRO DEL CONSENTIMIENTO DE CUALQUIER ATENCIÓN, TRATAMIENTO, SERVICIO O PROCEDIMIENTO PARA MANTENER, DIAGNOSTICAR O TRATAR UNA AFECCIÓN FÍSICA O MENTAL. EN ESTE DOCUMENTO, PUEDE ESTABLECER CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO O COLOCACIÓN QUE NO DESEE.
2. LA PERSONA QUE USTED DESIGNE EN ESTE DOCUMENTO TIENE EL DEBER DE ACTUAR DE MANERA CONSISTENTE CON SUS DESEOS, SEGÚN SE ESTABLECEN EN ESTE DOCUMENTO, QUE DE ALGUNA MANERA HAYA DADO A CONOCER O, SI SE DESCONOCEN SUS DESEOS, DEBERÁ ACTUAR EN SU MEJOR INTERÉS.
3. SALVO QUE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO EN ESTE DOCUMENTO, EL PODER DE LA PERSONA QUE NOMBRÓ PARA TOMAR LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE PUEDE INCLUIR EL PODER DE CONSENTIR QUE SU MÉDICO O ENFERMERA REGISTRADA DE PRÁCTICA AVANZADA NO LE DÉ TRATAMIENTO O SUSPENDA EL TRATAMIENTO QUE LE MANTENDRÍA CON VIDA.
4. SALVO QUE ESPECIFIQUE UN PERIODO MÁS CORTO EN ESTE DOCUMENTO, ESTE PODER TENDRÁ VIGENCIA INDEFINIDA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EJECUTE ESTE DOCUMENTO Y, SI NO PUEDE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR SÍ MISMO, ESTE PODER CONTINUARÁ EXISTIENDO HASTA QUE USTED SEA CAPAZ DE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR SÍ MISMO.
5. NO OBSTANTE, ESTE DOCUMENTO, USTED TIENE DERECHO A TOMAR DECISIONES MÉDICAS Y OTRAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR SÍ MISMO, SIEMPRE QUE PUEDA DAR SU CONSENTIMIENTO INFORMADO CON RESPECTO A UNA DECISIÓN EN PARTICULAR. ASIMISMO, NO SE LE PUEDE ADMINISTRAR NINGÚN TRATAMIENTO AL QUE USTED SE OPONGA, Y LA ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA PARA MANTENERLE CON VIDA NO SE PUEDE SUSPENDER SI USTED SE OPONE.

AVISO
LEGAL

ADVERTENCIA
LEGAL
(CONTINUACIÓN)

6. TIENE DERECHO A DECIDIR DÓNDE VIVIR, INCLUSO A MEDIDA QUE ENVEJECE. LAS DECISIONES SOBRE DÓNDE VIVE SON PERSONALES, ALGUNAS PERSONAS VIVEN EN SU HOGAR CON APOYO, MIENTRAS QUE OTRAS SE TRASLADAN A CENTROS DE VIDA ASISTIDA O CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA. EN ALGUNOS CASOS, LAS PERSONAS SE TRASLADAN A CENTROS CON PUERTAS CERRADAS PARA EVITAR QUE QUIENES PADECEN TRASTORNOS COGNITIVOS SE SALGAN O SE PIERDAN, O PARA PROPORCIONAR ASISTENCIA A QUIENES NECESITAN UN MAYOR NIVEL DE ATENCIÓN. USTED DEBE COMUNICAR A LA PERSONA QUE NOMBRÓ EN ESTE DOCUMENTO SUS DESEOS SOBRE DÓNDE QUIERE VIVIR CUANDO ENVEJEZCA O SI SU SALUD SE DETERIORA. USTED TIENE DERECHO A DETERMINAR SI AUTORIZA A LA PERSONA NOMBRADA EN ESTE DOCUMENTO A TOMAR DECISIONES POR USTED ACERCA DE DÓNDE VIVIRÁ CUANDO YA NO SEA CAPAZ DE TOMAR ESA DECISIÓN. SI NO PROPORCIONA DICHA AUTORIZACIÓN A LA PERSONA NOMBRADA EN ESTE DOCUMENTO, ES POSIBLE QUE ESA PERSONA NO PUEDA AYUDARLE A TRASLADARSE A UN CENTRO DE VIDA MÁS FAVORABLE SIN OBTENER UNA APROBACIÓN MEDIANTE UN PROCESO JUDICIAL.

7. TIENE DERECHO A REVOCAR EL NOMBRAMIENTO DE LA PERSONA DESIGNADA EN ESTE DOCUMENTO PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE AL NOTIFICAR A ESA PERSONA SOBRE LA REVOCACIÓN, DE MANERA ORAL O POR ESCRITO.

8. TIENE DERECHO A REVOCAR LA POTESTAD OTORGADA A LA PERSONA NOMBRADA EN ESTE DOCUMENTO PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE AL NOTIFICAR A SU MÉDICO TRATANTE, ENFERMERA REGISTRADA DE PRÁCTICA AVANZADA, HOSPITAL U OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, DE MANERA ORAL O POR ESCRITO.

9. LA PERSONA NOMBRADA EN ESTE DOCUMENTO PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE TIENE DERECHO A EXAMINAR SUS REGISTROS MÉDICOS Y A CONSENTIR A SU DIVULGACIÓN, A MENOS QUE USTED LIMITE ESE DERECHO EN ESTE DOCUMENTO.

10. ESTE DOCUMENTO REVOCA CUALQUIER PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PREVIO.

11. SI HAY ALGO EN ESTE DOCUMENTO QUE USTED NO ENTIENDA, PIDA A SU ABOGADO QUE SE LO EXPLIQUE.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEVADA - PÁGINA 3 DE 15

ADVERTENCIA
LEGAL
(CONTINUACIÓN)

12. USTED PUEDE SOLICITAR QUE EL SECRETARIO DE ESTADO DE NEVADA ALMACENE DE MANERA ELECTRÓNICA, EN LA CAJA FUERTE (LOCKBOX) DE NEVADA, UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO PARA PERMITIR EL ACCESO A UN PROVEEDOR AUTORIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA, SEGÚN SE DEFINE EN LOS ESTATUTOS REVISADOS DE NEVADA (NEVADA REVISED STATUTES, NRS) 629,031.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEVADA - PÁGINA 4 DE 15

ESCRIBA SU
NOMBRE EN
LETRA DE
IMPRESA.

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

1. DESIGNACIÓN DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

Yo, _____, por la presente designo y nombro a:
(nombre)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, según lo autorizo en este documento.

Ingrese el nombre y la dirección de la persona que desea nombrar como su agente para tomar decisiones de atención médica en su nombre. A menos que dicha persona sea su cónyuge, tutor legal o la persona con la que tiene la relación más estrecha por vínculos de sangre, no podrá nombrar a ninguna de las siguientes personas como su agente: (1) su proveedor tratante de atención médica; (2) un empleado de su proveedor tratante de asistencia médica; (3) un operador de un centro de asistencia médica; o (4) un empleado de un centro de atención médica.

2. CREACIÓN DE UN PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.

Por medio de este documento, tengo la intención de crear un poder notarial para nombrar a la persona antes mencionada a fin de que tome decisiones de atención médica en mi nombre. Este poder notarial no se verá afectado por mi incapacidad posterior.

3. DECLARACIÓN GENERAL DE LA CONCESIÓN DE LA POTESTAD.

En caso de que no pueda dar mi consentimiento informado con respecto a las decisiones de atención médica, por la presente otorgo al agente antes nombrado pleno poder y potestad: para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, antes o después de mi muerte, incluido el consentimiento, rechazo del consentimiento, retiro del consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental; para solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, los expedientes médicos y hospitalarios; para ejecutar en mi nombre cualquier divulgación u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener atención médica o expedientes médicos y hospitalarios, EXCEPTO cualquier poder para celebrar acuerdos de arbitraje o ejecutar cláusulas de arbitraje en relación con la admisión a cualquier centro de atención médica, incluidos centros de enfermería especializada, y sujeto solo a las limitaciones y cláusulas especiales, si las hubiera, establecidas en los párrafos 4 o 6.

4. CLÁUSULAS Y LIMITACIONES ESPECIALES.

(Su agente no está autorizado a consentir a ninguno de los siguientes: confinamiento o colocación en un centro para el tratamiento de la salud mental, tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto. Si existen otros tipos de tratamiento o colocación para los que usted no desea que su agente tenga la potestad de brindar su consentimiento, u otras limitaciones a la potestad otorgada a su agente, debe mencionarlas en el espacio provisto a continuación. Si no menciona ninguna limitación, su agente gozará de poderes amplios para tomar decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre, los cuales se detallan en el párrafo 3, con excepción de los límites establecidos por ley.

Al ejercer la potestad otorgada por este poder notarial duradero para la atención médica, la potestad de mi agente está sujeta a las siguientes cláusulas y limitaciones especiales:

AGREGUE INSTRUCCIONES ADICIONALES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR EL ALCANCE DE LA POTESTAD DE SU AGENTE.

5. DURACIÓN.

Comprendo que este poder notarial permanecerá vigente de forma indefinida a partir de la fecha en que lo ejecute, a menos que establezca una duración menor. Si soy incapaz de tomar decisiones sobre mi atención médica cuando venza este poder notarial, la autorización otorgada a mi apoderado se mantendrá vigente hasta el momento en que vuelva a poder tomar decisiones de atención médica por mí mismo.

Deseo que este poder notarial finalice en la siguiente fecha:

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA FECHA DE VENCIMIENTO (OPCIONAL).

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEVADA - PÁGINA 6 DE 15

6. DECLARACIÓN DE SUS DESEOS.

(En relación con las decisiones para retener o retirar el tratamiento de soporte vital, su agente debe tomar decisiones de atención médica que sean consistentes con sus deseos conocidos. Aunque no es imprescindible que lo haga, puede indicar a continuación cuáles son sus deseos. Si se desconoce cuáles son sus deseos, su agente tiene el deber de actuar en su mejor interés y, en algunas circunstancias, podrá ser necesario un procedimiento judicial para que la corte pueda determinar cuáles son las decisiones de atención médica que mejor defienden sus intereses. Si desea expresar sus deseos, puede **ESCRIBIR SUS INICIALES** en la declaración o las declaraciones que reflejen sus deseos, o escribir sus propias declaraciones en el espacio que se proporciona a continuación).

(Si la declaración refleja sus deseos, escriba sus iniciales en la línea junto a dicha declaración).

A. Deseo que mi vida se prolongue lo máximo que sea posible, sin importar mi estado, las probabilidades que tenga de recuperarme o sobrevivir a largo plazo, o el costo de los procedimientos.

Iniciales _____

B. Si estoy en un coma que mis médicos o enfermeras registradas de práctica avanzada han concluido razonablemente que es irreversible, deseo que **no** se apliquen tratamientos de soporte vital o para prologar la vida.

Iniciales _____

C. Si tengo una enfermedad incurable o terminal, y no existen esperanzas razonables de una recuperación o de supervivencia a largo plazo, deseo que **no** se apliquen terapias de soporte vital o para prolongar la vida.

Iniciales _____

D. La retención o el retiro de la nutrición y la hidratación artificial puede provocar la muerte por inanición o por deshidratación. Deseo recibir o continuar recibiendo nutrición e hidratación artificial por medio del tracto gastrointestinal después de la retención de todos los demás tratamientos.

Iniciales _____

E. **No** deseo que se me brinde o continúe el tratamiento si las cargas del tratamiento superarían los beneficios esperados. Mi apoderado debe considerar el alivio del sufrimiento, la preservación o el restablecimiento de una función, y la calidad, junto con el grado de la posible prolongación de mi vida.

Iniciales _____

(Si desea cambiar su respuesta, podrá hacerlo tachando con una "X" la respuesta que no desea incluir, encerrando en un círculo la respuesta que prefiere y escribiendo sus iniciales en los cambios).

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LAS
DECLARACIONES
QUE REFLEJEN
SUS DESEOS
(OPCIONAL).

CUALQUIER
INSTRUCCIÓN
SOBRE EL USO DE
LOS
TRATAMIENTOS DE
SOPORTE VITAL O
QUE PROLONGAN
LA VIDA DEBERÁ
SER CONSISTENTE
CON LAS
INSTRUCCIONES
PROPORCIONADAS
EN SU
DECLARACIÓN DE
NEVADA (PARTE II),
SI CORRESPONDE.

8. DESIGNACIÓN DEL AGENTE SUPLENTE.

(No está obligado a nombrar a un agente suplente, pero puede hacerlo. Cualquier agente suplente que usted designe podrá tomar las mismas decisiones de atención médica que el agente nombrado en el párrafo 1, página 3, en caso de que no pueda o no esté dispuesto a actuar como su agente. Asimismo, si el agente designado en el párrafo 1 es su cónyuge, de acuerdo con la ley, ese nombramiento se revoca automáticamente si se disuelve su matrimonio).

Si la persona designada en el párrafo 1 como mi agente es incapaz de tomar decisiones de atención médica en mi nombre, entonces, nombro a las personas siguientes para actuar como mis agentes para que tomen decisiones de atención médica en mi nombre, como se autoriza en este documento; dichas personas me atenderán según el orden a continuación:

A. Primer agente suplente

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

B. Segundo agente suplente

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

9. REVOCACIÓN DE DESIGNACIONES PREVIAS.

Revoco cualquier poder notarial duradero para la atención médica previo.

10. RENUNCIA POR CONFLICTO DE INTERESES.

Si mi agente nombrado es mi cónyuge o es uno de mis hijos, entonces, renuncio a cualquier conflicto de intereses al llevar a cabo las disposiciones de este poder notarial duradero para la atención médica que dicho cónyuge o hijo pueda tener por el hecho de que puede ser un beneficiario de mi patrimonio.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU PRIMER AGENTE SUPLENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU SEGUNDO AGENTE SUPLENTE.

11. IMPUGNACIONES.

Si la legalidad de cualquier cláusula en este poder notarial duradero para la atención médica es cuestionada por mi médico, mi enfermera registrada de práctica avanzada, mi agente o un tercero, entonces, mi agente está autorizado a iniciar una acción de juicio declaratorio sobre la legalidad de la cláusula en cuestión. El costo de cualquier acción de este tipo se debe pagar de mi patrimonio. El poder notarial duradero para la atención médica debe entenderse e interpretarse de acuerdo con las leyes del estado de Nevada.

12. NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR.

Si después de la ejecución de este poder notarial para la atención médica se inician procedimientos cuya intención es la adjudicación de alguna incapacidad, ya sea de mi patrimonio o mi persona, por la presente nombro como mi tutor o curador para que se considere por la corte a mi agente nombrado en este documento, en el orden nombrado.

12. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.

Estoy de acuerdo, autorizo y permito la divulgación completa de la información por parte de cualquier agencia gubernamental, proveedor médico, empresa, acreedor o tercero que pueda tener información relacionada con mi atención médica a mi agente aquí mencionado, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, la Ley Pública 104-191, en su versión enmendada, y la normativa aplicable.

Esta sección no es obligatoria y puede tacharla si lo desea.

LA PARTE II SOLO SE APLICA A LA RETENCIÓN O EL RETIRO DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL SI USTED PADECE UNA ENFERMEDAD TERMINAL.

DEBIDO A QUE LA PARTE II ESTÁ LIMITADA DE ESTA MANERA, SI PLANEA COMPLETAR LA PARTE I, PUEDE DEJAR LA PARTE II EN BLANCO Y DOCUMENTAR SUS DESEOS DE PLANIFICACIÓN AVANZADA EN LA PARTE I.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

AGREGUE INSTRUCCIONES ADICIONALES, SI LAS HAY, EN CASO DE QUE TENGA UNA AFECCIÓN TERMINAL.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

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

**Parte II: Declaración relativa al uso del soporte vital
Tratamiento**

Si padezco una enfermedad incurable e irreversible que, sin la administración de un tratamiento de soporte vital, en opinión de mi médico tratante, causará mi muerte en un tiempo relativamente corto (una afección terminal) y ya no soy capaz de tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, instruyo a mi médico tratante, de conformidad con la Ley Uniforme de Nevada sobre los Derechos de los Enfermos Terminales, a que:

_____1. Me mantenga cómodo y permita que muera naturalmente. No quiero que se recurra a ningún tratamiento de soporte vital o intervención médica para tratar de prolongar mi vida. No quiero recibir nutrición ni líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____2. Me mantenga cómodo y permita que muera naturalmente. No quiero que se recurra a ningún tratamiento de soporte vital o intervención médica para tratar de prolongar mi vida. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____3. Trate de extender mi vida el mayor tiempo posible, utilizando todos los tratamientos de soporte vital disponibles u otras intervenciones médicas que, con un juicio médico razonable, prevengan o retrasen mi muerte. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

Cualquier pregunta con respecto a cómo interpretar o aplicar mi declaración la resolverá mi agente designado bajo un poder notarial duradero para la atención médica (Parte I), si nombré a uno.

Además, instruyo que:

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Parte III:

Nevada exige que usted ejecute su formulario utilizando el lenguaje legal de Nevada, que se refleja en los formularios a continuación.

Si llena la Parte II, debe firmar su formulario frente a dos testigos y usar el lenguaje legal de Nevada que se incluye en el formulario.

Si completa la Parte I, puede hacer legales sus instrucciones anticipadas de dos maneras.

1. Firme su documento en presencia de dos testigos y use el lenguaje legal de Nevada. Estos testigos no pueden ser:

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

Al menos uno de sus testigos debe ser una persona que no esté relacionada con usted (por sangre, matrimonio o adopción) y que no heredará nada de usted con base en algún testamento existente o en virtud de la ley.

Firmar su documento de esta manera también hará legal la Parte II.

O

2. Haga que su firma sea atestiguada por un notario público y use el lenguaje legal de Nevada. Tener su firma notariada solo hará legal la Parte I (es decir, la Parte II necesita un testigo adicional además del notario).

Debe conservar una copia de la ejecución de este documento y darle otra a su agente. Debe haber un poder notarial disponible para darles copias a sus proveedores de asistencia médica.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEVADA - PÁGINA 13 DE 15

SI LLENÓ LA PARTE II, DEBE FIRMAR SU DOCUMENTO ANTE TESTIGOS, ADEMÁS DE NOTARIZARLO.

FIRME Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, LA FECHA Y LA UBICACIÓN AQUÍ.

PIDA A SUS TESTIGOS QUE FIRMEN Y ESCRIBAN EN LETRA DE IMPRENTA LA FECHA, SUS NOMBRES Y DIRECCIONES AQUÍ.

DECLARACIÓN REQUERIDA POR UNO DE LOS TESTIGOS ANTERIORES SI USTED LLENÓ LA PARTE I.

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

Suplente n.º 1: Firme ante testigos.

Firmo este poder notarial duradero para la atención médica el

_____ en _____, _____.
(fecha) (ciudad) (estado)

(firma)

(nombre en letra de imprenta)

Declaro bajo pena de perjurio que conozco personalmente al mandante, que el mandante firmó o reconoció este poder notarial en mi presencia y que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales, y que no está sujeto a coerción, fraude o influencias indebidas, que no soy la persona designada como agente en este documento, y que no soy proveedor de atención médica, empleado de un proveedor de atención médica, el operador de un centro de atención comunitaria ni empleado de un operador de un centro de atención médica.

Testigo 1:

Firma: _____ Dirección de residencia: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Testigo 2:

Firma: _____ Dirección de residencia: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Declaro, bajo pena de perjurio, que no tengo relación con el mandante por consanguinidad, matrimonio o adopción, y según mi entender, no tengo derecho a parte alguna del patrimonio hereditario del mandante a la muerte del mismo, ya sea en virtud de un testamento existente en la actualidad o que me correspondiere por ley.

Firma: _____ Dirección de residencia: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEVADA - PÁGINA 14 DE 15

SI LLENÓ LA PARTE 2,
DEBE FIRMAR ANTE
UN NOTARIO.

FIRME Y ESCRIBA
EN LETRA DE
IMPRESA SU
NOMBRE, LA
FECHA Y LA
UBICACIÓN AQUÍ.

UN NOTARIO
PÚBLICO DEBE
COMPLETAR ESTA
SECCIÓN.

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

Suplente n.º 2: Firme ante un notario público.

Firmo este poder notarial duradero para la atención médica el

_____ en _____, _____.
(fecha) (ciudad) (estado)

(firma)

(nombre en letra de imprenta)

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DE UN NOTARIO PÚBLICO

Estado de Nevada)
) ss.
Condado de _____)

En este _____ día de _____, del año _____, ante mí,
_____, compareció en persona
(nombre del notario público)

(nombre del mandante)

a quien conozco personalmente (o que me demostró con base en pruebas
satisfactorias) como la persona cuyo nombre está suscrito en este documento y
reconozco que lo ejecutó.

SELLO NOTARIAL

(firma del notario público)

*Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org*

PARTE IV: CERTIFICADO DE COMPETENCIA

Si usted reside en un hospital, centro residencial para grupos, centro de enfermería especializada u hogar de atención residencial individual, Nevada exige que incluya una certificación de competencia de una enfermera registrada de práctica avanzada, médico, psicólogo o psiquiatra junto con su poder notarial:

El abajo firmante (enfermera registrada de práctica avanzada/médico/psicólogo/psiquiatra) tratante de _____ establece lo siguiente:

1. Que soy (enfermera registrada de práctica avanzada/médico/psicólogo/psiquiatra) certificado(a) en el estado de _____, y he sido (enfermera registrada de práctica avanzada/médico/psicólogo/psiquiatra) certificado(a) durante _____ años. Mi dirección actual es _____.

2. Que he examinado a _____ y he concluido, como resultado de ese examen, que él/ella es mentalmente competente para entender la naturaleza del poder notarial duradero para los procedimientos de atención médica y la delegación de la potestad a un agente.

(Firma de certificación del (de la) _____ (Fecha)
enfermera registrada de práctica
avanzada/médico/psicólogo/psiquiatra registrado)

(Nombre del (de la) enfermera registrada de práctica
avanzada/médico/psicólogo/psiquiatra)

PIDA A SU ENFERMERA REGISTRADA DE PRÁCTICA AVANZADA TRATANTE, MÉDICO, PSICÓLOGO O PSIQUIATRA QUE LLENE ESTO.

ESCRIBA AQUÍ SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA AQUÍ SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE NEVADA - PÁGINA 1 DE 1

DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
LA OPCIÓN QUE
REFLEJE SUS
DESEOS.

AGREGUE EL
NOMBRE O
INSTITUCIÓN
(SI
CORRESPONDE).

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA SU
NOMBRE, FIRME Y
FECHA EL
DOCUMENTO.

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR Y
ESCRIBIR EN
LETRA DE
IMPRENTA SUS
DIRECCIONES.

AL MENOS UN
TESTIGO DEBE SER
UNA PARTE
DESINTERESADA.

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

Escriba sus iniciales en la línea junto a la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley de Nevada.

____ No quiero donar órganos ni tejidos y no quiero que mi abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de mi familia lo haga.

____ Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona/institución: _____

____ De conformidad con la ley de Nevada, por la presente doy, a partir de mi muerte:

____ Cualquier órgano o parte necesaria.

____ La siguiente parte u órganos mencionados a

continuación: Para (escriba sus iniciales en una opción):

____ Cualquier otro propósito legalmente autorizado.

____ Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

Nombre del declarante: _____

Firma del declarante: _____, Fecha: _____

El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Soy una parte desinteresada con respecto al declarante, su donación y patrimonio. El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org