CAROLINA DEL NORTE
Instrucciones anticipadas
Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación del consumidor que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de 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 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 de su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones que se encuentra del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en el que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos de 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 comience 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, fotocópielos, escanéelos o tómeles una foto y entrégueselos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. 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 Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

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 su familia, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

6. Carolina del Norte mantiene un Registro de Instrucciones Anticipadas. Al presentar sus instrucciones anticipadas ante 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 obtener más información sobre el registro, incluidas las instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en https://sosnc.gov/divisions/advance_healthcare_directives.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL NORTE

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de atención médica para Carolina del Norte**, el cual 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.

El documento **Instrucciones anticipadas para Carolina del Norte** consta de tres partes. La **Parte I** es el **Poder notarial para la atención médica para Carolina del Norte.** Esta parte le permite nombrar a una persona, denominada agente, para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre medidas para prolongar la vida, si usted ya no puede hablar por sí mismo. La **Parte II** es el documento **Instrucciones anticipadas para un fallecimiento natural para Carolina del Norte**, que es el testamento en vida de su estado. La Parte II le permite indicar sus deseos con respecto a la suspensión y el retiro de medidas para prolongar la vida en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención médica y padezca una enfermedad terminal, pierda el conocimiento permanentemente, o sufra demencia avanzada u otro tipo de pérdida irreversible de la capacidad cognitiva. La **Parte III** contiene las disposiciones de firmas y testigos para que su documento sea válido.
Según sus necesidades de planificación anticipada, puede completar la Parte I, la Parte II o ambas. **Debe llenar la Parte III**.

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

Para que su poder notarial para la atención médica sea legalmente vinculante, debe llenarlo y firmarlo en presencia de dos testigos **y** un notario público.

Sus testigos **no pueden**:
- tener parentesco en tercer grado con usted ni su cónyuge;

- saber o tener motivos para creer que tendrían derecho a alguna parte de su patrimonio tras su fallecimiento;
- tener algún reclamo contra usted o su patrimonio en el momento en que usted firme el documento;
- ser su médico o proveedor de tratamiento de salud mental o un proveedor de atención médica titulado que sea empleado de su médico o de su proveedor de tratamiento de salud mental, o
- ser un empleado de un centro de atención médica en el que usted sea paciente, o un empleado de un hogar para adultos mayores o de cualquier hogar de acogida en el que usted sea residente.

El notario público debe certificar el documento después de que usted y los testigos lo hayan firmado.

¿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 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.

Cualquier persona que le proporcione atención médica a cambio de una remuneración no puede actuar como su agente o agente suplente. Puede nombrar a una segunda y tercera persona como agentes suplentes. Un 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.

Si llena la Parte I y la Parte II de este documento de instrucciones anticipadas, la Parte II le permite elegir si su agente debe cumplir estrictamente los deseos que usted haga constar en la Parte II o si puede anular dichos deseos si el agente considera que es lo mejor para usted.

¿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 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?

La **Parte I** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica.

La declaración de la **Parte II** entra en vigor cuando su médico determina que usted no puede tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica y padece una de las afecciones que usted señala que deben poner en marcha su declaración.

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

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede revocar la **Parte I**, el **Poder notarial para la atención médica**, en cualquier momento mientras aún sea capaz de tomar y comunicar decisiones sobre la atención médica, al:

- firmar y fechar una revocación por escrito;
- realizar un nuevo Poder notarial para la atención médica, o
- llevar a cabo cualquier otra acción que comunique de forma clara y coherente a su agente de atención médica o a su proveedor de atención médica su intención de revocar la facultad de su agente.

Su revocación entra en vigor una vez que notifique a su agente, si nombró uno, y a su médico o psicólogo. La **Parte I** se revoca automáticamente si nombra a su cónyuge como su agente y su matrimonio finaliza (a menos que haya nombrado a un agente suplente).

Puede revocar la **Parte II** de cualquier forma en que usted sea capaz de comunicar de manera clara y coherente su intención de revocar, sin tener en cuenta su afección mental o física. Los métodos para revocar la Parte II incluyen comunicarle a su médico que usted revoca, realizar una revocación por escrito, o romper todas las copias de sus instrucciones anticipadas.

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 las enfermedades 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 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 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.

PARTE I: PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

NOTA: DEBE UTILIZAR ESTE DOCUMENTO PARA NOMBRAR A UNA PERSONA COMO SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA SOLO SI SE SIENTE CÓMODO OTORGANDO A ESA PERSONA PLENAS Y AMPLIAS FACULTADES PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA POR USTED. NO EXISTE NINGÚN REQUISITO LEGAL QUE OBLIGUE A NADIE A ELABORAR UN PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.

EXPLICACIÓN: Tiene derecho a nombrar a una persona para que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre cuando usted no pueda tomar o comunicar dichas decisiones. Este formulario puede utilizarse para elaborar un poder notarial para la atención médica, y cumple los requisitos de la ley de Carolina del Norte. Sin embargo, usted no está obligado a utilizar este formulario, y la ley de Carolina del Norte permite el uso de otros formularios que cumplan ciertos requisitos. Si usted redacta su propio poder notarial para la atención médica, debe ser muy cuidadoso y asegurarse de que sea coherente con la ley de Carolina del Norte.

EXPLICACIÓN

Este documento otorga a la persona que usted designa como su agente de atención médica amplias facultades para tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre cuando usted no pueda tomar la decisión por sí mismo o no pueda comunicar su decisión a otras personas. Debe hablar con su agente de atención médica sobre sus deseos relacionados con medidas para prolongar la vida, tratamiento de salud mental y otras decisiones sobre la atención médica. Excepto en la medida en que usted exprese limitaciones o restricciones específicas en este formulario, su agente de atención médica podrá tomar cualquier decisión sobre la atención médica que usted mismo pudiera tomar.

Este formulario no impone a su agente de atención médica el deber de ejercer las facultades otorgadas; sin embargo, cuando se ejerza una facultad, su agente de atención médica estará obligado a emplear la debida diligencia para actuar en su mejor interés y de acuerdo con el presente documento.

La intención de este formulario de Poder notarial para la atención médica es que sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presente, aunque es posible que lugares fuera de Carolina del Norte impongan requisitos que este formulario no cumple.

Si desea utilizar este formulario, debe llenarlo, firmarlo, y que su firma se lleve a cabo en presencia de dos testigos calificados y que sea constatada por un notario público. Siga atentamente las instrucciones sobre las opciones que puede rubricar. No firme este formulario hasta que dos testigos y un notario público estén presentes para dar fe de su firma. Posteriormente, debe entregar una copia a su agente de atención médica y a los suplentes que nombre. Debe considerar la posibilidad de presentarlo en el Registro de Instrucciones Anticipadas de Atención Médica que mantiene la Secretaría de Estado de Carolina del Norte: http://www.secretary.state.nc.us/ahcdr/Forms.aspx.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA LOS NOMBRES, DOMICILIOS Y NÚMEROS DE TELÉFONO EN LETRA DE IMPRENTA DE SU AGENTE Y AGENTES SUCESORES

NOMBRE AL MÉDICO O MÉDICOS QUE DESEE QUE DETERMINEN QUE USTED YA NO PUEDE TOMAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

1. Designación del agente de atención médica.

Yo, _____, estando en pleno uso de mis facultades mentales, (nombre)

por el presente nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) como mi(s) agente(s) de atención médica para que actúe(n) por mí y en mi nombre (en las formas en que las yo pudiera actuar personalmente) para tomar decisiones sobre mi atención médica según se autorice en este documento. Mi(s) agente(s) de atención médica designado(s) actuará(n) solo(s), en el orden indicado.

A. Nombre: _____ Teléfono particular: _____

Domicilio particular: _____ Teléfono de trabajo: _____

_____ Teléfono celular: _____

B. Nombre: _____ Teléfono particular: _____

Domicilio particular: _____ Teléfono de trabajo: _____

_____ Teléfono celular: _____

C. Nombre: _____ Teléfono particular: _____

Domicilio particular: _____ Teléfono de trabajo: _____

_____ Teléfono celular: _____

Cualquier agente de atención médica sucesor designado tendrá las mismas facultades y los mismos deberes que si hubiera sido nombrado originalmente como mi agente de atención médica, y desempeñará sus funciones en cualquier momento en que su predecesor no esté dispuesto o no sea capaz o no esté razonablemente a su alcance ejercer esta capacidad.

2. Vigencia del nombramiento.

3. Mi designación de un agente de atención médica expirará solo cuando revoque dicha designación. En ausencia de una revocación, la potestad otorgada en el presente documento entrará en vigor cuando y si el médico o uno de los médicos enumerados a continuación determina que carezco de la capacidad para tomar o comunicar decisiones relativas a mi atención médica, y continuará en vigor durante esa incapacidad, o hasta mi fallecimiento, excepto si otorgo la potestad a mi agente de atención médica para que ejerza mis derechos con respecto a donaciones anatómicas, autopsia o disposición de mis restos, dicha potestad continuará después de mi fallecimiento en la medida necesaria para ejercer esa potestad.

1. _____(Médico)

2. _____(Médico)

Si no designé a ningún médico, o si ningún médico nombrado anteriormente está razonablemente disponible, la determinación de que carezco de la capacidad para tomar o comunicar decisiones relativas a mi atención médica será tomada por mi médico tratante.

EXPLICACIÓN ADICIONAL

4. Revocación.

En cualquier momento, mientras sea competente, puedo revocar este poder notarial al firmar un escrito o comunicar de cualquier manera clara y coherente a mi agente de atención médica o a mi proveedor de atención médica mi intención de revocar.

5. Declaración general de la potestad otorgada.

Sujetas a las restricciones establecidas en la Sección 5 a continuación, otorgo a mi agente de atención médica plena facultad y potestad para tomar y llevar a cabo todas las decisiones sobre la atención médica por mí. Estas decisiones incluyen, entre otras:

A. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, relativa a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, expedientes médicos y hospitalarios, y dar consentimiento para la divulgación de esta información.

B. Contratar o despedir a mis proveedores de atención médica.

C. Dar consentimiento y autorizar mi ingreso y alta de un hospital, hogar para adultos mayores u hogar de convalecencia, centro de cuidados de hospicio, centro de atención a largo plazo u otro centro de atención médica.

D. Dar consentimiento y autorizar mi ingreso y permanencia en un centro para la atención o el tratamiento de enfermedades mentales.

E. Dar consentimiento y autorizar la administración de medicamentos para tratamiento de salud mental y tratamiento electroconvulsivo (Electroconvulsive Treatment, ECT), comúnmente denominado "tratamiento de choque".

F. Otorgar, suspender o retirar el consentimiento para administrar anestesia, medicamentos, realizar radiografías, cirugías y todos los demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento ordenados por o bajo la autorización de un médico, dentista, podólogo u otro proveedor de atención médica titulado. Esta autorización incluye específicamente la facultad de consentir medidas para el alivio del dolor.

G. Autorizar la suspensión o el retiro de medidas para prolongar la vida.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

EXPLICACIÓN ADICIONAL (CONTINUACIÓN)

H. Proporcionar mi información médica a petición de cualquier persona que actúe como mi apoderado legal en virtud de un poder notarial duradero o como fideicomisario o fideicomisario sucesor en virtud de cualquier acuerdo fiduciario del que yo sea otorgante o fideicomisario, o a petición de cualquier otra persona que mi agente de atención médica considere que debe disponer de dicha información. Deseo que esta información se proporcione siempre que pueda facilitar la gestión rápida y adecuada de mis asuntos o los asuntos de cualquier persona o entidad de la que yo tenga alguna responsabilidad. Además, autorizo a mi agente de atención médica a tomar todas y cada una de las medidas legales necesarias para garantizar el cumplimiento de mis instrucciones de acceso a mi información médica protegida. Dichas medidas incluirán recurrir a todos y cada uno de los procedimientos legales judiciales y extrajudiciales que sean necesarios para hacer valer mis derechos conforme a la ley e incluirán intentar recuperar los honorarios de los abogados en contra de cualquier persona que no cumpla con el presente poder notarial para la atención médica.

I. Ejercer cualquier derecho que yo pudiera tener, en la medida en que no haya hecho ya arreglos válidos y aplicables a lo largo de mi vida que no se hayan revocado, para autorizar una autopsia o dar instrucciones para la disposición de mis restos.

J. Tomar cualquier acción legal que pueda ser necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluidas, entre otras: (i) firmar, realizar, entregar y reconocer cualquier acuerdo, exención, autorización u otro documento que pueda ser necesario, deseable, conveniente o apropiado para ejercer y llevar a cabo cualquiera de estas facultades; (ii) otorgar exenciones de responsabilidad a proveedores médicos u otras personas, e (iii) incurrir en gastos razonables en mi nombre relacionados con el ejercicio de estas facultades, siempre y cuando este poder notarial para la atención médica no otorgue a mi agente de atención médica potestad general sobre mis bienes o asuntos financieros.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA SUS INICIALES Y LLENE LAS OPCIONES SIGUIENTES SOLO SI DESEA LIMITAR LA POTESTAD DE SU AGENTE

6. Disposiciones y limitaciones especiales.

(Aviso: La intención de la potestad otorgada en el presente documento es que sea lo más amplia posible para que su agente de atención médica pueda tomar cualquier decisión que usted pudiera tomar a fin de obtener o terminar cualquier tipo de tratamiento o servicio de atención médica. Si desea limitar el alcance de las facultades de su agente de atención médica, puede hacerlo en esta sección. **Si no rubrica ninguna de las opciones a continuación, no habrá limitaciones especiales a la potestad de su agente.** (Puede adjuntar páginas adicionales si es necesario).

A. Limitaciones para la alimentación o hidratación artificial.

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN CUALQUIERA DE LAS OPCIONES DE ESTA PARTE, PERO NO AGREGA NINGUNA DISPOSICIÓN ESPECIAL, SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA NO TENDRÁ POTESTAD PARA SUSPENDER LA ALIMENTACIÓN O HIDRATACIÓN ARTIFICIAL

En el ejercicio de la potestad para tomar decisiones sobre la atención médica en mi nombre, mi agente de atención médica:

_____ NO tendrá potestad para suspender la alimentación artificial (por ejemplo, a través de sondas), O solo podrá ejercer dicha potestad de acuerdo con las siguientes disposiciones especiales:

_____

_____

_____ NO tendrá potestad para suspender la hidratación artificial (por ejemplo, a través de sondas), O solo podrá ejercer dicha potestad de acuerdo con las siguientes disposiciones especiales:

_____

_____

B. Limitaciones relativas a las decisiones sobre la atención médica.

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ SI DESEA AÑADIR LIMITACIONES A LA POTESTAD DE SU AGENTE

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN ESTA OPCIÓN, DEBE ENUMERAR LAS LIMITACIONES

_____ En el ejercicio de la potestad para tomar decisiones sobre la atención médica en mi nombre, la potestad de mi agente de atención médica estará sujeta a las siguientes disposiciones especiales: (Puede incluir aquí cualquier disposición específica que considere oportuna, como: su propia definición de cuándo se deben suspender o detener medidas para prolongar la vida, o instrucciones para rechazar cualquier tipo específico de tratamiento que sea incompatible con sus creencias religiosas, o que le resulte inaceptable por cualquier otro motivo).

_____

_____

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ SI DESEA LIMITAR LA POTESTAD DE SU AGENTE PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA SALUD MENTAL POR USTED

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN ESTA OPCIÓN, DEBE ENUMERAR LAS LIMITACIONES

C. Limitaciones relativas a las decisiones sobre la salud mental.

_____ En el ejercicio de la potestad para tomar decisiones sobre la salud mental en mi nombre, la potestad de mi agente de atención médica estará sujeta a las siguientes disposiciones especiales: (Puede incluir aquí cualquier disposición específica que considere oportuna, como: limitar la concesión de la potestad para tomar únicamente decisiones sobre tratamiento de salud mental, sus propias instrucciones relativas a la administración o suspensión de medicamentos psicotrópicos y tratamiento electroconvulsivo (ECT), instrucciones relativas a su ingreso y permanencia en un centro de atención médica para recibir tratamiento de salud mental, o instrucciones para rechazar cualquier tipo específico de tratamiento que le resulte inaceptable).

_____

_____

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ SI DESEA AÑADIR INSTRUCCIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN ESTA OPCIÓN, DEBE ENUMERAR LAS INSTRUCCIONES SOBRE SALUD MENTAL

D. Instrucciones anticipadas para el tratamiento de salud mental.

_____ (Aviso: Este poder notarial para la atención médica puede incorporar o combinarse con instrucciones anticipadas para el tratamiento de salud mental, elaboradas de conformidad con la Parte 2 del Artículo 3 del Capítulo 122C de los Estatutos Generales, las cuales puede utilizar para indicar sus instrucciones con respecto al tratamiento de salud mental en caso de que carezca de la capacidad para tomar o comunicar decisiones sobre el tratamiento de salud mental. Debido a que las decisiones de su agente de atención médica deben ser coherentes con cualquier declaración que usted haya expresado en las instrucciones anticipadas, debe indicar aquí si elaboró instrucciones anticipadas para el tratamiento de salud mental):

_____

_____

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ SI DESEA LIMITAR LA POTESTAD DE SU AGENTE PARA PLANIFICAR DECISIONES SOBRE LA DISPOSICIÓN FINAL POR USTED

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN ESTA OPCIÓN, DEBE ENUMERAR LAS LIMITACIONES

E. Autopsia y disposición de los restos.

_____ En el ejercicio de la potestad para tomar decisiones relativas a la autopsia y a la disposición de los restos en mi nombre, la potestad de mi agente de atención médica estará sujeta a las siguientes disposiciones y limitaciones especiales. (Puede incluir aquí cualquier limitación específica que considere oportuna, como: limitar la concesión de la potestad y el alcance de la misma, o instrucciones relativas al entierro o cremación):

_____

_____

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ PARA PERMITIR QUE SU AGENTE DONE SU CUERPO A LA CIENCIA

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN ESTA OPCIÓN, DEBE ENUMERAR LAS LIMITACIONES

7. Donación de órganos.

Mi agente de atención médica podrá, en la medida en que no haya hecho ya arreglos válidos y aplicables a lo largo de mi vida que no se hayan revocado, ejercer cualquier derecho que yo pudiera tener a:

_____ Donar los órganos o partes que sean necesarias, o

_____ Donar únicamente los siguientes órganos o partes:

_____

_____

_____ Donar mi cuerpo para su estudio anatómico si es necesario.

_____ En el ejercicio de la potestad para realizar donaciones, mi agente de atención médica estará sujeto a las siguientes disposiciones y limitaciones: (Puede incluir aquí cualquier limitación específica que considere oportuna, como: limitar la concesión de la potestad y el alcance de la misma, o instrucciones relativas a las donaciones del cuerpo o partes del cuerpo).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

NOTA: NO SE OTORGARÁ LA POTESTAD PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN ESTE INSTRUMENTO SI NO ESCRIBE SUS INICIALES ARRIBA.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

EXPLICACIÓN ADICIONAL

8. Disposición sobre la tutela.

Si es necesario que una corte designe un tutor de mi persona, nombro a las personas señaladas en la Sección 1, en el orden indicado, como tutores de mi persona, para que actúen sin fianza ni garantía. El tutor actuará de conformidad con la legislación relativa a la tutela (Guardianship, G.S.) de la sección 35A-1201(a)(5) (Estatutos Generales de Carolina del Norte).

9. Confianza de terceros en el agente de atención médica.

A. Ninguna persona que confíe de buena fe en la potestad o en las representaciones de mi agente de atención médica será responsable ante mí, mi patrimonio, mis herederos, sucesores, cesionarios o representantes personales por acciones u omisiones en virtud de dicha potestad o dichas representaciones.

B. Las facultades conferidas a mi agente de atención médica en este documento pueden ser ejercidas únicamente por mi agente de atención médica, y la firma o las acciones de mi agente de atención médica en virtud de la potestad otorgada en este documento pueden ser aceptadas por las personas como plenamente autorizadas por mí y con la misma obligatoriedad y efecto que si yo estuviera presente, fuera competente y actuara en mi propio nombre. Todos los actos realizados de buena fe por mi agente de atención médica conforme a este poder notarial se hacen con mi consentimiento y tendrán la misma validez y efecto que si yo estuviera presente y ejerciera yo mismo
las facultades, y redundarán en mi beneficio y me vincularán a mí, a mi patrimonio, a mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales. La potestad de mi agente de atención médica conforme a este poder notarial será mayor y vinculante para mis familiares, parientes, amigos y otras personas.

10. Otras disposiciones.

A. Revocación de poderes notariales anteriores. Revoco cualquier poder notarial para la atención médica anterior. El enunciado que antecede no pretende revocar ningún poder notarial general, algunas de cuyas disposiciones pueden estar relacionadas con la atención médica; sin embargo, este poder notarial tendrá prioridad sobre cualquier disposición relativa a la atención médica de cualquier poder notarial general válido que no haya revocado.

B. Jurisdicción, divisibilidad y durabilidad. La intención de este Poder notarial para la atención médica es que sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presente. Las facultades delegadas en virtud de este poder notarial son divisibles, de modo que la invalidez de una o más facultades no afectará a las demás. Este poder notarial no se verá afectado ni revocado por mi incapacidad o incompetencia mental.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

C. Ausencia de responsabilidad del agente de atención médica. Por el presente, mi agente de atención médica, y el patrimonio, herederos, sucesores y cesionarios de mi agente de atención médica quedan liberados y eximidos para siempre por mí, mi patrimonio, mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales de toda responsabilidad y de todos los reclamos o demandas de todo tipo que surjan de los actos u omisiones de mi agente de atención médica, excepto por dolo o negligencia grave de mi agente de atención médica.

D. Ausencia de responsabilidad civil o penal. Ningún acto u omisión de mi agente de atención médica, o de cualquier otra persona, entidad, institución o centro que actúe de buena fe en virtud de la potestad de mi agente de atención médica conforme al presente Poder notarial para la atención médica será considerado suicidio, ni la causa de mi fallecimiento para ningún fin civil o penal, ni se considerará conducta poco profesional o falta de competencia profesional. Cualquier persona, entidad, institución o centro contra el cual se alegue responsabilidad penal o civil debido a la conducta autorizada por este Poder notarial para la atención médica podrá interponer este documento como defensa.

E. Reembolso. Mi agente de atención médica tendrá derecho al reembolso de todos los gastos razonables incurridos como resultado del cumplimiento de cualquier disposición de estas instrucciones.

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A SUS PLANES DE ATENCIÓN ANTICIPADA

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN REFERIRSE ADEMÁS A SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, POR EJEMPLO, SUS DESEOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DE CUIDADOS DE HOSPICIO, AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTRAS CUESTIONES DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS FUNERARIOS

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

11. Instrucciones adicionales

Mi agente también debe tener en cuenta las siguientes instrucciones al momento de tomar decisiones en mi nombre:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

12. Entiendo el efecto de este Poder notarial para la atención médica.

Al firmar este documento en la Parte III, indico que estoy mentalmente alerta y soy competente, que estoy plenamente informado sobre el contenido de este documento y que entiendo toda la importancia de esta concesión de facultades a mi agente de atención médica.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PARTE II: INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA UN FALLECIMIENTO NATURAL ("TESTAMENTO EN VIDA")

NOTA: DEBE UTILIZAR ESTE DOCUMENTO PARA DAR INSTRUCCIONES A SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA SUSPENDER O RETIRAR MEDIDAS PARA PROLONGAR LA VIDA EN DETERMINADAS SITUACIONES. NO EXISTE NINGÚN REQUISITO LEGAL QUE OBLIGUE A NADIE A ELABORAR UN TESTAMENTO EN VIDA.

INSTRUCCIONES GENERALES

INSTRUCCIONES GENERALES: Puede utilizar este formulario de Instrucciones anticipadas ("Testamento en vida") para dar instrucciones para el futuro si desea que sus proveedores de atención médica suspendan o retiren medidas para prolongar la vida en determinadas situaciones. Debe hablar con su médico sobre el significado de estos términos. El Testamento en vida indica las decisiones que usted mismo tomaría si pudiera comunicarse. Hable sobre sus decisiones con sus familiares, amigos y otras personas en quien confíe. También es conveniente hablar con profesionales como sus médicos, clérigos y abogados antes de llenar y firmar este Testamento en vida.

No tiene que utilizar este formulario para dar estas instrucciones; sin embargo, si elabora sus propias Instrucciones anticipadas debe ser muy cuidadoso y asegurarse de que sean coherente con la ley de Carolina del Norte.

La intención de este formulario de Testamento en vida es que sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presente, aunque es posible que lugares fuera de Carolina del Norte impongan requisitos que este formulario no cumple.

Si desea utilizar este formulario, debe llenarlo, firmarlo, y que su firma se lleve a cabo en presencia de dos testigos calificados y que sea constatada por un notario público. Siga atentamente las instrucciones sobre las opciones que puede rubricar. No firme este formulario hasta que dos testigos y un notario público estén presentes para dar fe de su firma. Posteriormente, debe considerar la posibilidad de entregar una copia a su médico de cabecera o a un pariente de confianza, y debe considerar la posibilidad de presentarlo ante el Registro de Instrucciones Anticipadas de Atención Médica que mantiene la Secretaría de Estado de Carolina del Norte: http://www.secretary.state.nc.us/ahcdr/Forms.aspx.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

Mi deseo de un fallecimiento natural

Yo, _____,
(nombre)
estando en pleno uso de mis facultades mentales, deseo que, como se especifica a continuación, no se prolongue mi vida por medio de medidas para prolongar la vida:

1. Cuándo son aplicables mis instrucciones

Mis instrucciones sobre prolongar mi vida se aplicarán SI mi médico tratante determina que carezco de la capacidad para tomar o comunicar decisiones sobre la atención médica y:

NOTA: PUEDE ESCRIBIR SUS INICIALES EN UNA O TODAS LAS OPCIONES.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA AFECCIÓN O AFECCIONES EN LAS QUE DESEA QUE SE APLIQUE SU TESTAMENTO EN VIDA

_____ Padezco una afección incurable o irreversible que provocará mi fallecimiento en un periodo relativamente corto.

_____ Pierdo el conocimiento y mis proveedores de atención médica determinan que, con un alto grado de certeza médica, nunca recuperaré el conocimiento.

_____ Sufro demencia avanzada o cualquier otra afección que provoque una pérdida sustancial de mi capacidad cognitiva y mis proveedores de atención médica determinan que, con un alto grado de certeza médica, esta pérdida no es reversible.

2. Estas son mis instrucciones sobre prolongar mi vida:

En las situaciones que **rubriqué** en la Sección 1, doy instrucciones para que mis proveedores de atención médica (escriba sus iniciales solo en una opción):

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

_____PUEDAN suspender o retirar medidas para prolongar la vida.

_____DEBAN suspender o retirar medidas para prolongar la vida.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN DE LA SECCIÓN 3 SOLO SI DESEA HACER UNA EXCEPCIÓN A SUS INSTRUCCIONES DE LA SECCIÓN 2

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

3. Excepciones: "Alimentación o hidratación artificial"

AUNQUE no deseo que se prolongue mi vida en las situaciones que rubriqué en la Sección 1 (escriba sus iniciales solo en una opción):

_____ SÍ deseo recibir TANTO hidratación artificial COMO alimentación artificial (por ejemplo, a través de sondas) en estas situaciones.

_____ SOLO deseo recibir hidratación artificial (por ejemplo, a través de sondas) en estas situaciones.

_____ SOLO deseo recibir alimentación artificial (por ejemplo, a través de sondas) en estas situaciones.

4. Deseo estar lo más cómodo posible

Doy instrucciones para que mis proveedores de atención médica tomen medidas razonables para mantenerme lo más aseado, cómodo y libre de dolor posible, de modo que se mantenga mi dignidad, aunque esta atención pueda acelerar mi fallecimiento.

5. Entiendo mis Instrucciones anticipadas

Soy consciente y entiendo que el presente documento da instrucciones para que ciertas medidas para prolongar la vida se suspendan o detengan de acuerdo con mis instrucciones anticipadas.

6. Si tengo un agente de atención médica disponible

Si designé un agente de atención médica mediante un poder notarial para la atención médica (Parte I) o un instrumento similar, y dicho agente de atención médica está disponible, actúa y da instrucciones que difieren de estas Instrucciones anticipadas, doy instrucciones para que (Escriba sus iniciales solo en una opción. Si no rubrica ninguna de las dos opciones, sus proveedores de atención médica seguirán estas Instrucciones anticipadas e ignorarán las instrucciones de su agente de atención médica sobre prolongar su vida):

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

_____ Se sigan las Instrucciones anticipadas: Estas Instrucciones anticipadas **anularán** las instrucciones que mi agente de atención médica dé sobre prolongar mi vida.

_____ Se siga al agente de atención médica: Mi agente de atención médica tiene potestad para **anular** estas Instrucciones anticipadas.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A SUS PLANES DE ATENCIÓN ANTICIPADA

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN REFERIRSE ADEMÁS A SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, POR EJEMPLO, SUS DESEOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DE CUIDADOS DE HOSPICIO, AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTRAS CUESTIONES DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS FUNERARIOS

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

7. Instrucciones adicionales

Además, doy instrucciones para que:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Mis proveedores de atención médica pueden confiar en estas instrucciones

Mis proveedores de atención médica no serán responsables ante mí ni ante mi familia, mi patrimonio, mis herederos o mi representante personal por seguir las instrucciones que doy en este instrumento. Seguir mis instrucciones no se considerará suicidio, ni la causa de mi fallecimiento, ni mala práctica o conducta poco profesional. Si revoqué este instrumento, pero mis proveedores de atención médica no saben que lo hice y siguen las instrucciones de este instrumento de buena fe, tendrán derecho a las mismas protecciones a las que habrían tenido derecho si el instrumento no se hubiera revocado.

9. Deseo que estas instrucciones sean válidas en cualquier lugar

Tengo la intención de que estas Instrucciones anticipadas sean seguidas por cualquier proveedor de atención médica en cualquier lugar.

10. Tengo derecho a revocar estas Instrucciones anticipadas

Entiendo que en cualquier momento puedo revocar estas Instrucciones anticipadas al firmar un escrito o comunicar a mi médico tratante de cualquier manera clara y coherente mi intención de revocarlo. Entiendo que si revoco este instrumento debo intentar destruir todas las copias del mismo.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PARTE III: APLICACIÓN

FIRME, FECHE Y ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA AQUÍ

_____ _____
Firma Fecha

Por el presente declaro que el mandante/declarante, _____(su nombre), estando en pleno uso de sus facultades mentales, firmó (o dio instrucciones a otra persona para que firmara en nombre del declarante) las anteriores instrucciones anticipadas en mi presencia, y que no soy pariente del declarante por consanguinidad o afinidad, y que no tendría derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante en virtud de ningún testamento o codicilo existente del declarante o como heredero en virtud de la Ley de Sucesión Intestada, si el declarante falleciera en esta fecha sin un testamento. También declaro que no soy el médico tratante del declarante, ni un proveedor de atención médica titulado que sea (1) empleado del médico tratante del declarante, (2) ni empleado del centro de salud en el que el declarante es paciente, o (3) empleado de un hogar para adultos mayores o de cualquier hogar de atención para adultos en el que resida el declarante. Asimismo, declaro que no tengo ningún reclamo contra el declarante o el patrimonio del declarante.

TESTIGOS

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

Nombre del testigo 1: _____

Fecha: _____ Firma del testigo: _____

Nombre del testigo 2: _____

Fecha: _____ Firma del testigo: _____

NOTARIO PÚBLICO

Y

_____CONDADO, _____ESTADO

Juró (o ratificó) y suscribió ante mí el día de hoy

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE LLENAR ESTA PARTE DE SU DOCUMENTO

_____
(nombre del declarante en letra de imprenta o a máquina)

_____ _____
(nombre del testigo en letra de imprenta o a máquina) (nombre del testigo en letra de imprenta o a máquina)

Fecha: _____ _____
(Sello oficial) Firma del notario público

_____, notario público
Nombre en letra de imprenta o a máquina

Mi comisión expira el: _____

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.