DAKOTA DEL NORTE
Instrucciones anticipadas
Planificación de las decisiones importantes de 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 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:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones completas.
- 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.

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.

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.

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

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones de atención médica para Dakota del Norte,** 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 I** es el **Poder notarial para la atención médica**, el cual le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre tratamientos de mantenimiento de la vida, si usted ya no puede hablar. El Poder notarial para la atención médica es especialmente útil, ya que le permite nombrar a una persona para que hable por usted si en algún momento no es capaz de tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte II**, las **Instrucciones para la atención médica**, es el testamento en vida de su estado. Le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

La **Parte III** es el Formulario de donación de órganos opcional.

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

La **Parte V** es una **Aceptación de nombramiento en el poder notarial**, que debe firmar la persona que usted haya nombrado como agente en la Parte I para que su facultad entre en vigor.

Debe completar la Parte I, la Parte II, o ambas, para que sea un documento de instrucciones anticipadas válido. También puede completar la Parte III, aunque es opcional. **Debe llenar la Parte IV.**

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

Para que su documento Instrucciones de atención médica sea legalmente vinculante, debe firmarlo o dar instrucciones a una persona para que lo firme por usted, en presencia de dos

testigos o ante un notario, quienes también deben firmar el documento. Ninguno de estos testigos, ni el notario público, pueden ser:

- la persona que nombre como su agente o agente suplente;
- su cónyuge;
- un pariente suyo por consanguinidad, afinidad o adopción;
- una persona que tenga derecho a heredar una parte de su patrimonio tras su fallecimiento, o
- una persona que, al momento de firmar este documento, tenga algún reclamo contra su patrimonio.

Si se firma su documento en presencia de testigos, al menos uno de sus testigos no debe ser un proveedor de atención médica o de atención a largo plazo que le proporcione atención directa, ni un empleado de un proveedor de atención médica o de atención a largo plazo que le proporcione atención directa.

El agente que se nombre en la Parte I también debe firmar una copia de las instrucciones anticipadas en la Parte V para aceptar su nombramiento a fin de que su facultad entre en vigor.

¿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. El suplente intervendrá si la primera persona que nombre como agente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar por usted.

La persona que nombre como su agente **no puede** ser:

- su médico u otro proveedor de atención médica tratante;
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante que no sea pariente suyo;
- un operador de un centro de atención a largo plazo, o
- un empleado de un operador de un centro de atención a largo plazo que no sea pariente suyo.

¿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?

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

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

Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

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

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus Instrucciones de atención médica para Dakota del Norte en cualquier momento al notificar a su agente o médico, verbalmente o por escrito, su intención de revocar su documento, o al firmar nuevas instrucciones de atención médica.

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.

INTRODUCCIÓN

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA SU DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA

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

INTRODUCCIÓN

Yo, _____,
(nombre)

_____
(domicilio)

entiendo que este documento me permite llevar a cabo UNA O AMBAS acciones que se describen a continuación:

PARTE I: Nombrar a otra persona (denominada agente de atención médica) para que tome decisiones sobre la atención médica por mí en caso de que yo no sea capaz de tomar ni comunicar estas decisiones por mí mismo. Mi agente de atención médica debe tomar decisiones sobre la atención médica por mí según las instrucciones que proporciono en este documento (Parte II), si las hay, en los deseos que le di a conocer; o bien, mi agente debe actuar en mi mejor interés si no di a conocer mis deseos sobre la atención médica.

Y/O

PARTE II: Dar instrucciones para la atención médica a fin de brindar orientación a otras personas que tomen decisiones sobre la atención médica por mí. Si nombré a un agente de atención médica, el agente debe utilizar estas instrucciones. Mis proveedores de atención médica, otras personas que ayuden con mi atención médica y mis familiares también pueden utilizar estas instrucciones en caso de que yo no sea capaz de tomar ni comunicar decisiones por mí mismo.

Además, también puedo llevar a cabo la siguiente acción, aunque entiendo que es opcional:

PARTE III: Me permite hacer una donación de órganos y tejidos tras mi fallecimiento al firmar un documento de donación anatómica.

PARTE I

PARTE I: NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

ESTA ES LA PERSONA QUE DESEO QUE TOME DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA POR MÍ EN CASO DE QUE NO SEA CAPAZ DE TOMAR NI COMUNICAR ESTAS DECISIONES POR
MÍ MISMO (Soy consciente de que puedo cambiar de agente o de agente suplente en cualquier momento, y soy consciente de que no tengo que nombrar a un agente o a un agente suplente).

NOTA: Si nombra a un agente, debe hablar de estas instrucciones de atención médica con su agente y entregarle una copia. Si no desea nombrar a un agente, puede dejar la Parte I en blanco. Ninguna de las siguientes personas puede ser nombrada como su agente: su proveedor de atención médica tratante, un empleado de su proveedor de atención médica tratante que no sea pariente suyo, un operador de un centro de atención a largo plazo, o un empleado de un centro de atención a largo plazo que no sea pariente suyo.

AÑADA EL NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO Y DOMICILIO DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA, ASÍ COMO SU RELACIÓN

Cuando no sea capaz de tomar ni comunicar decisiones sobre la atención médica por mí mismo, yo confío y nombro a _____para que tome las decisiones sobre la atención médica por mí. Esta persona se denomina mi agente de atención médica.

Relación que tiene el agente de atención médica conmigo:_____

Número de teléfono de mi agente de atención médica:_____

Domicilio de mi agente de atención médica:_____

AÑADA EL NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO Y DOMICILIO DEL AGENTE SUPLENTE, ASÍ COMO SU RELACIÓN

(OPCIONAL) NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA SUPLENTE: Si la persona que nombré anteriormente no es capaz, no está dispuesta o no está razonablemente a su alcance actuar como mi agente de atención médica, confío y nombro a

_____ para que actúe como mi agente de atención médica en su lugar.

Relación que tiene el agente de atención médica suplente con conmigo:_____

Número de teléfono de mi agente de atención médica suplente:_____

Domicilio de mi agente de atención médica suplente:_____

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

INSTRUCCIONES PARA EL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

AÑADA INSTRUCCIONES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR LAS FACULTADES DE SU AGENTE

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

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

ESTO ES LO QUE DESEO QUE MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDA LLEVAR A CABO SI YO NO SOY CAPAZ DE TOMAR NI COMUNICAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA
POR MÍ MISMO (Soy consciente de que puedo cambiar estas opciones).

Se otorgarán automáticamente a mi agente de atención médica las facultades de las opciones (A) a (D) que se describen a continuación. Mi agente de atención médica debe seguir mis instrucciones para la atención médica que figuran en este documento o cualquier otra instrucción que haya dado a mi agente. Si no di instrucciones para la atención médica, mi agente debe actuar en mi mejor interés.

Siempre que yo no pueda tomar ni comunicar decisiones sobre la atención médica por mí mismo, mi agente de atención médica tendrá la facultad de:

(A) Tomar cualquier decisión sobre la atención médica por mí. Esto incluye la facultad de dar, rechazar o retirar el consentimiento para administrar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento. También incluye la decisión de finalizar o no iniciar atención médica que me mantenga o podría mantenerme con vida, y decidir sobre tratamiento de salud mental.

(B) Elegir a mis proveedores de atención médica.

(C) Elegir dónde viviría y dónde recibiría atención y apoyo en el caso de que estas decisiones se relacionen con mis necesidades de atención médica.

(D) Revisar mis expedientes médicos y tener los mismos derechos que yo tendría a entregar mis expedientes médicos a otras personas.

Si NO deseo que mi agente de atención médica tenga alguna de las facultades de las opciones (A) a (D) descritas anteriormente, O si deseo LIMITAR alguna facultad de las opciones (A) a (D), DEBO indicarlo aquí:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN (1) SI DESEA QUE SU AGENTE PUEDA TOMAR DECISIONES CON RESPECTO A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN (2) SI DESEA QUE SU AGENTE PUEDA TOMAR DECISIONES CON RESPECTO A LA DISPOSICIÓN FINAL DE SUS RESTOS

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELACIONADAS CON 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

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

NO se otorgarán automáticamente a mi agente de atención médica las facultades de las opciones (1) ni (2). Si DESEO que mi agente tenga alguna de las facultades de las opciones (1) y (2), debo RUBRICAR la línea que corresponde a dicha facultad: es así que mi agente TENDRÁ esa facultad.

_____ (1) Decidir si se donará alguna parte de mi cuerpo cuando yo fallezca, incluidos órganos, tejidos y ojos.

_____(2) Decidir qué ocurrirá con mi cuerpo cuando yo fallezca (entierro, cremación, etc.).

Si deseo agregar algún aspecto adicional relativo a las facultades de mi agente de atención médica o a los límites de dichas facultades, puedo hacerlo aquí:

PARTE II

PARTE II: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

NOTA: Llene esta Parte II si desea dar instrucciones para la atención médica. Si nombró a un agente en la Parte I, es opcional llenar esta Parte II, aunque sería muy útil para su agente. Sin embargo, si eligió no nombrar a un agente en la Parte I, DEBE llenar, como mínimo, la Parte II (B) si desea que las instrucciones de atención médica sean válidas.

Estas son las instrucciones para mi atención médica cuando no sea capaz de tomar ni comunicar decisiones sobre la atención médica por mí mismo. Estas instrucciones deben seguirse (siempre y cuando atiendan mis necesidades).

(A) ESTAS SON MIS CREENCIAS Y VALORES EN RELACIÓN CON MI ATENCIÓN MÉDICA (Estoy consciente de que puedo cambiar estas opciones o dejar alguna en blanco).

Deseo hacer saber estos aspectos sobre mí para ayudar a tomar decisiones sobre mi atención médica:

Mis propósitos para mi atención médica:

DESCRIBA SUS CREENCIAS Y VALORES EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA PARA BRINDAR ORIENTACIÓN EN LAS DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE SE TOMEN EN SU NOMBRE

Mis preocupaciones sobre mi atención médica:

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

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

DESCRIBA SUS CREENCIAS Y VALORES EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA PARA BRINDAR ORIENTACIÓN EN LAS DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE SE TOMEN EN SU NOMBRE

Mis creencias y tradiciones espirituales o religiosas:

Mis creencias sobre cuándo ya no valdría la pena vivir:

Mis pensamientos sobre la forma en que mi afección médica podría afectar a mi familia:

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

(B) ESTO ES LO QUE DESEO Y LO QUE NO DESEO PARA MI ATENCIÓN MÉDICA
(Estoy consciente de que puedo cambiar estas opciones o dejar alguna de ellas en blanco).

Pueden utilizarse varios tratamientos médicos para intentar mejorar mi afección médica o para prolongar mi vida. Algunos ejemplos incluyen la respiración artificial por medio de una máquina conectada a una sonda en los pulmones, alimentación artificial o fluidos a través de sondas, intentos de reanimar el corazón sin ritmo cardíaco, cirugías, diálisis, antibióticos y transfusiones de sangre. La mayoría de los tratamientos médicos pueden probarse durante un tiempo y después suspenderse si no son de ayuda.

Estas son mis consideraciones sobre mi atención médica si se dieran las siguientes situaciones:
(NOTA: Puede hablar de sentimientos generales, tratamientos específicos o dejar cualquiera de las opciones en blanco).

Si tuviera posibilidades razonables de recuperarme y estuviera temporalmente incapacitado para tomar y comunicar decisiones sobre la atención médica por mí mismo, desearía lo siguiente:

_____

_____

_____

Si estuviera muriendo y no pudiera tomar ni comunicar decisiones sobre la atención médica por mí mismo, desearía lo siguiente:

_____

_____

_____

_____

Si perdiera el conocimiento de forma permanente y no pudiera tomar ni comunicar decisiones sobre la atención médica por mí mismo, desearía lo siguiente:

_____

_____

_____

_____

Si dependiera totalmente de otras personas para mi atención y no pudiera tomar ni comunicar decisiones sobre la atención médica por mí mismo, desearía lo siguiente:

_____

_____

_____

DESCRIBA SUS OPCIONES RELATIVAS A LA ATENCIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE INDICAN

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

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

DESCRIBA SUS OPCIONES CON RESPECTO AL MANEJO DEL DOLOR

En cualquier circunstancia, mis médicos intentarán mantenerme cómodo y disminuir mi dolor. Esta es mi opción con respecto al alivio del dolor en caso de que afecte mi estado de alerta o acorte mi vida:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Existen otros aspectos que desearía o no desearía para mi atención médica, si son posibles:

Persona que desearía tener como médico:_____

Lugar en el que desearía recibir atención médica:_____

Lugar en el que desearía que ocurriera mi fallecimiento y otros deseos relacionados con mi fallecimiento:

DESCRIBA SUS OPCIONES RELATIVAS A LA ATENCIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE INDICAN

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Mis deseos sobre lo que ocurrirá con mi cuerpo cuando fallezca (cremación, entierro, etc.):

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

_____

_____

_____

_____

_____

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

Aspectos adicionales:

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELACIONADAS CON 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

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

PARTE III

PARTE III: DONACIÓN ANATÓMICA (opcional)

Rubrique la línea de la declaración a continuación que refleje mejor sus deseos. No tiene que rubricar ninguna de las declaraciones. Si no rubrica ninguna de las declaraciones, su agente, su tutor o sus familiares pueden tener potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo de conformidad con la ley de Dakota del Norte.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

[_____] No deseo ser donante de órganos en el momento de mi fallecimiento y no deseo que mis familiares, mi tutor o mi agente donen mis órganos en mi nombre.

[_____] Desearía ser donante de órganos en el momento de mi fallecimiento. Comuniqué mi decisión a mis familiares y les pido que respeten mis deseos. Deseo donar lo siguiente (rubrique una declaración):

[_____] Los órganos y tejidos necesarios.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

[_____] Solo los siguientes órganos y tejidos:

_____

_____

_____

INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA ANTERIORES

NOTIFICACIÓN DE REVOCACIÓN DE INSTRUCCIONES ANTERIORES

Al firmar este documento, revoco cualquier documento de instrucciones de atención médica anterior.

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

PARTE IV

SI DECIDE FIRMAR SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS EN PRESENCIA DE TESTIGOS, UTILICE LA ALTERNATIVA N.º 1 A CONTINUACIÓN (P. 12)

SI DECIDE FIRMAR SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS ANTE UN NOTARIO, UTILICE LA ALTERNATIVA N.º 2 A CONTINUACIÓN (P. 13)

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

PARTE IV: FIRMA

Para que su documento Instrucciones de atención médica sea legalmente vinculante, debe firmarlo o dar instrucciones a una persona para que lo firme por usted, en presencia de dos testigos o ante un notario, quienes también deben firmar el documento.

Ni los testigos ni el notario público pueden ser:

- la persona que nombre como su agente o agente suplente;
- su cónyuge;
- un pariente suyo por consanguinidad, afinidad o adopción;
- una persona que tenga derecho a heredar una parte de su patrimonio tras su fallecimiento, o
- una persona que, al momento de firmar este documento, tenga algún reclamo contra su patrimonio.

Si se firma su documento en presencia de testigos, al menos uno de sus testigos no debe ser un proveedor de atención médica o de atención a largo plazo que le proporcione atención directa, ni un empleado del proveedor de atención médica o de atención a largo plazo que le proporcione atención directa.

Usted y el agente que nombre en la Parte I también deben firmar una copia de las instrucciones anticipadas en la Parte V para aceptar sus funciones a fin de que su facultad entre en vigor.

Si decide firmar sus instrucciones anticipadas en presencia de testigos, utilice la alternativa n.º 1 a continuación.

Si decide firmar sus instrucciones anticipadas ante un notario, utilice la alternativa n.º 2 a continuación.

(Estas instrucciones de atención médica no serán válidas a menos que estén notariadas o firmadas por dos testigos calificados que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma. Si adjuntó páginas adicionales a este formulario, debe fechar y firmar cada una de ellas en el momento en que feche y firme estas instrucciones de atención médica).

FECHE Y FIRME SU DOCUMENTO AQUÍ

SUS TESTIGOS DEBEN FECHAR Y ESCRIBIR SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y, A CONTINUACIÓN, FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO Y ESCRIBIR SU DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA

AL MENOS UNO DE LOS TESTIGOS NO DEBE SER SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA NI UN EMPLEADO DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

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

Alternativa n.º 1. Firma en presencia de testigos

Firmo estas Instrucciones de atención médica

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

_____
(firma del mandante)

Testigo uno:

(1) En mi presencia, el_____ ,
(fecha)
_____ reconoció la
(nombre del declarante)
firma del declarante en este documento o reconoció que el declarante dio instrucciones a la persona que firma este documento para que firmara en nombre del declarante.
(2) Tengo al menos dieciocho años de edad.
Certifico que la información que figura en las declaraciones (1) y (2) es verdadera y correcta.

_____ _____
(firma del testigo uno) (fecha)

_____
(domicilio del testigo uno)

Testigo dos:

(1) En mi presencia, el_____ ,
(fecha)
_____ reconoció la
(nombre del declarante)
firma del declarante en este documento o reconoció que el declarante dio instrucciones a la persona que firma este documento para que firmara en nombre del declarante.
(2) Tengo al menos dieciocho años de edad.
(3) NO soy proveedor de atención médica ni empleado de un proveedor de atención médica que proporcione atención directa al declarante.
Certifico que la información que figura en las declaraciones (1) a (3) es verdadera y correcta.

_____ _____
(firma del testigo dos) (fecha)

_____
(domicilio del testigo dos)

Alternativa n.º 2. Firma ante notario público

Firmo estas Instrucciones de atención médica

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

FECHE Y FIRME SU DOCUMENTO AQUÍ

_____
(firma del mandante)

Notario público

En mi presencia, el_____, _____
(fecha) (nombre del declarante)

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

reconoció la firma del declarante en este documento o reconoció que el declarante dio instrucciones a la persona que firma este documento para que firmara en nombre del declarante.

_____
(firma del notario público)

Mi comisión expira el _____ de 20_____.

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

PARTE V

PARTE V. ACEPTACIÓN DE NOMBRAMIENTO EN EL PODER NOTARIAL

Acepto este nombramiento y estoy de acuerdo en actuar como agente para tomar decisiones sobre la atención médica. Entiendo que tengo el deber de actuar de forma coherente con los deseos del mandante según se expresaron en este nombramiento. Entiendo que este documento me otorga potestad sobre las decisiones de atención médica del mandante solo si mandante queda incapacitado. Entiendo que debo actuar de buena fe en el ejercicio de mi potestad en virtud de este poder notarial. Entiendo que el mandante puede revocar este poder notarial en cualquier momento y de cualquier manera.

Si decido retractarme durante el tiempo en el que el mandante sea competente, debo notificar mi decisión al mandante. Si decido retractarme cuando el mandante no sea capaz de tomar decisiones sobre la atención médica, debo notificárselo al médico del mandante.

SU AGENTE Y AGENTE(S) SUPLENTE(S) DEBEN FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO PARA QUE SU FACULTAD SEA VÁLIDA

_____ _____
(firma del agente) (fecha)

_____ _____
(firma del primer agente suplente) (fecha)

_____ _____
(firma del segundo agente suplente) (fecha)

DECLARACIÓN DEL MANDANTE

Leí la información que explica la naturaleza y el efecto del nombramiento de un agente de atención médica, la cual se incluye en las instrucciones de estas instrucciones de atención médica.

Fechado este día ____de _____ de 20____

USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE DOCUMENTO AQUÍ

_____
Firma del mandante

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

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