

# OHIO

## Instrucciones anticipadas

### Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://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:

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

#### ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. 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

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

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 SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO**

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

Sus Instrucciones anticipadas de Ohio incluyen dos documentos legales, el **Poder notarial duradero para la atención médica de Ohio** y la **Declaración de testamento en vida de Ohio**, así como un formulario de **Inscripción de donación de órganos**. Puede completar uno o ambos documentos legales, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. Solo tiene que completar el Formulario de inscripción en el registro de donantes si aún NO se ha registrado como donante en la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio.

### **¿Cómo puedo hacer legales mi poder notarial duradero para la atención médica de Ohio y la declaración de testamento en vida de Ohio?**

Debe firmar y fechar sus instrucciones anticipadas o pedirle a un adulto que lo haga por usted si no puede firmarlas usted mismo.

Su firma debe:

- atestiguarse ante un notario público o
- atestiguarse por dos adultos que no pueden ser o estar:
  - relacionados con usted,
  - su médico,
  - el administrador de la residencia para adultos mayores en la que usted recibe atención,
  - su agente (en el caso del poder notarial duradero para la atención médica)

### **¿A quién debo nombrar como mi agente?**

Su agente es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted. Su agente no puede ser:

- su médico,
- el administrador de la residencia para adultos mayores en la que usted recibe atención,
- un empleado o agente de su médico, o de su centro de atención médica tratante, a menos que esté relacionado con usted o sea miembro de su orden religiosa (ambos son monjes, monjas, sacerdotes, etc.),
- una persona contra quien usted tiene una orden de protección civil o penal,
- una persona de quien se está divorciando o de quien está legalmente separado.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá si las personas que usted nombra como agentes no pueden, no quieren o no están disponibles 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?**

Su Poder notarial duradero para la atención médica de Ohio (agente) solo entra en vigor cuando su médico determina que usted ha perdido la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica por sí mismo.

Su Declaración de testamento en vida de Ohio solo entra en vigor cuando su médico determina que usted ha perdido la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica por sí mismo y que padece una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente. Su agente debe seguir cualquier instrucción escrita que usted proporcione. 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**

Su agente, si nombra a uno, no tiene potestad para autorizar el retiro o el soporte vital artificial, a menos que se determine que usted padece una afección terminal.

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

### **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Usted puede revocar su Poder notarial duradero para la atención médica de Ohio o su Declaración de testamento en vida en cualquier momento y de cualquier manera. Su revocación entra en vigor una vez que su médico recibe la notificación de su revocación. Si ejecuta nuevas instrucciones anticipadas, estas revocarán las anteriores, en caso de presentarse algún conflicto entre ambos documentos.

### **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?**

Su agente, si nombra a uno, puede tomar decisiones sobre el tratamiento de soporte vital solo si usted padece una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente.

Antes de que su agente pueda dar su consentimiento para la retención o el retiro de la nutrición e hidratación artificiales en su nombre, debe marcar y escribir sus iniciales en la declaración impresa en letras en negrita de la página 6 del poder notarial duradero para la atención médica de Ohio.

Su agente no tiene la potestad para rechazar o retirar la atención necesaria a fin de brindarle cuidados de alivio.

Al final del Poder notarial duradero para la atención médica de Ohio, hay varias páginas que el estado de Ohio requiere y que deben leerse antes de ejecutar el documento.

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.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO  
- PÁGINA 1 DE 18**

---

**Estado de Ohio:  
Poder notarial para la atención  
médica de**

---

**(Nombre completo en letra de imprenta)**

---

**(Fecha de nacimiento)**

---

Este es mi poder notarial para la atención médica. Revoco todos los poderes notariales para la atención médica anteriores firmados por mí. Entiendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si alguna disposición se considera inválida o inaplicable, no afectará al resto de este documento.

Entiendo que mi agente puede tomar decisiones para la atención médica en mi nombre solo cuando mi médico tratante determine que he perdido la capacidad a fin de tomar decisiones informadas de atención médica. Sin embargo, esto no requiere ni implica que un tribunal deba declararme incompetente.

### **Definiciones**

**Adulto** significa una persona que tiene 18 años de edad o más.

**Agente o apoderado** significa un adulto competente que una persona (el "mandante") puede nombrar en un poder notarial para la atención médica a fin de que tome decisiones de atención médica en nombre del mandante.

**Nutrición o hidratación suministrada de forma artificial o tecnológica** significa alimentos y líquidos proporcionados por vía intravenosa o por sonda. [Usted puede rechazar o interrumpir una sonda de alimentación o autorizar a su agente del poder notarial para la atención médica a fin de que rechace o interrumpa la nutrición o hidratación artificial].

**Fianza** significa una póliza de seguro emitida a fin de proteger los bienes de la persona tutelada contra robo o pérdida resultado de la incapacidad del tutor del patrimonio para cumplir adecuadamente sus deberes.

**Cuidados de alivio** significa cualquier medida, procedimiento médico o de enfermería, tratamiento o intervención, incluida la nutrición o hidratación, que se utiliza para disminuir el dolor o la incomodidad de un paciente, pero que no pospone la muerte.

ESCRIBA EN LETRA  
DE IMPRENTA SU  
NOMBRE Y FECHA DE  
NACIMIENTO.

DEFINICIONES

DEFINICIONES

**RCP** significa reanimación cardiopulmonar, una de las varias formas de iniciar la respiración o los latidos cardiacos de una persona cuando cualquiera de estos se ha detenido. No incluye despejar las vías respiratorias de una persona por una razón distinta a la reanimación.

**No resucitar u orden de DNR** significa la orden médica de un médico que está escrita en el registro de un paciente para indicar que el paciente no debe recibir reanimación cardiopulmonar.

**Tutor** significa la persona designada por un tribunal a través de un procedimiento legal a fin de tomar decisiones para una persona tutelada. Una **tutela** se establece mediante un nombramiento de la corte.

**Atención médica** es cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Una **decisión de atención médica** significa dar un consentimiento informado, negarse a dar un consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para la atención médica.

El **Poder notarial para la atención médica** es un documento legal que permite al mandante autorizar a un agente a fin de tomar decisiones de atención médica para el mandante en la mayoría de las situaciones de atención médica cuando el mandante ya no puede tomar tales decisiones. Además, el mandante puede autorizar al agente a recopilar información de salud protegida para y en nombre del mandante de inmediato o en cualquier otro momento. Un poder notarial para la atención médica NO es un poder notarial financiero.

El documento del poder notarial para la atención médica también se puede usar para nombrar a una o varias personas a fin de que actúen como tutores de la persona o del patrimonio del mandante. Incluso si un tribunal nombra a un tutor para el mandante, el poder notarial para la atención médica permanece en vigor, a menos que el tribunal decida lo contrario.

**Tratamiento para el soporte vital** significa cualquier procedimiento médico, tratamiento, intervención u otra medida que, cuando se administra a un paciente, prolonga principalmente el proceso de muerte.

Una **Declaración de testamento en vida** es un documento legal que permite a un adulto competente ("declarante") especificar qué atención médica desea o no desea recibir si padece una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente y ya no puede dar a conocer sus deseos. NO es y no reemplaza un testamento, que se utiliza para nombrar a un ejecutor a fin de administrar el patrimonio de una persona tras su muerte.

**Estado de inconsciencia permanente** significa una afección irreversible en la que el paciente está permanentemente inconsciente de sí mismo y de su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que el paciente ha perdido totalmente la función cerebral superior y es incapaz de sufrir o sentir dolor.

**Mandante** significa un adulto competente que firma un poder notarial para la atención médica.

**Afección terminal** significa una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, padecimiento o lesión a partir del cual, a un grado razonable de certeza médica, de acuerdo con los estándares médicos razonables, el médico tratante del mandante y otro médico que haya examinado al mandante determinan que se aplican las dos siguientes condiciones:

(1) no puede haber recuperación y (2) es probable que la muerte ocurra dentro de un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

**Persona tutelada** significa la persona que un tribunal determina como incompetente. La persona tutelada, su patrimonio financiero o ambos están protegidos por un tutor que el tribunal nombra y supervisa.

DEFINICIONES

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO  
- PÁGINA 4 DE 18**

**Nombramiento de mi agente.** La persona nombrada a continuación es mi agente, quien tomará decisiones de atención médica en mi nombre, según lo autorizado en este documento.

Nombre del agente y relación:

\_\_\_\_\_

Dirección actual del agente:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono actual del agente:

\_\_\_\_\_

**Al escribir mis iniciales, firmar o marcar esta casilla de alguna manera, autorizo específicamente a mi agente a obtener mi información de atención médica protegida de inmediato y en cualquier momento futuro.**

**Guía para el agente.** Mi agente tomará decisiones de atención médica en mi nombre con base en mis instrucciones en este documento y mis deseos conocidos por mi agente. Si mi agente considera que mis deseos entran en conflicto con lo que está escrito en este documento, este documento tendrá prioridad. Si no hay instrucciones y mis deseos son poco claros o desconocidos para alguna situación en particular, mi agente determinará mis mejores intereses después de considerar los beneficios, las cargas y los riesgos que podrían resultar de una decisión determinada. Si no hay un agente disponible, este documento guiará las decisiones sobre mi atención médica.

**Nombramiento de mis agentes suplentes.** Si el agente que nombré arriba no está disponible de inmediato, no está dispuesto o no puede tomar decisiones en mi nombre, entonces, nombro en el siguiente orden de prioridad a las personas mencionadas a continuación como mis agentes suplentes [tache cualquier línea no utilizada]:

Primer agente suplente:

Segundo agente suplente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cualquier persona puede confiar en la declaración de cualquier agente suplente mencionado arriba, y en que él o ella actúa de manera adecuada, de conformidad con este documento, por lo que dicha persona no tiene que hacer ninguna investigación o consulta adicional.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU AGENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE SUS AGENTES SUPLENTE.



**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO  
- PÁGINA 5 DE 18**

---

**Potestad del agente.** Con excepción de los elementos que taché y sujeto a cualquier elección que haya hecho en este poder notarial para la atención médica, mi agente tiene plena y completa potestad para tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre. Esta potestad incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

1. Podrá dar su consentimiento para la administración de analgésicos, tratamientos o procedimientos a fin de aliviar el dolor (incluida una cirugía) que mi agente, previa consulta médica, considere que pueden proporcionarme alivio, a pesar de que dichos analgésicos, tratamientos o procedimientos puedan acelerar mi muerte.
2. Si padezco una afección terminal y no tengo una declaración de testamento en vida que aborde el tratamiento para dicha afección, podrá tomar decisiones con respecto al tratamiento de soporte vital, incluida la nutrición o hidratación proporcionada de forma artificial o tecnológica.
3. Podrá dar, retirar o negarse a dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida de atención médica.
4. Podrá solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, todos mis expedientes médicos y de salud.
5. Podrá dar su consentimiento para la divulgación adicional de información y para divulgar información médica relacionada con mi afección y tratamiento a otras personas.
6. Podrá ejecutar en mi nombre cualquier divulgación u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener información médica y relacionada.
7. Podrá ejecutar consentimientos, exenciones y descargos de responsabilidad para mí y para mi patrimonio a todas las personas que cumplan con las instrucciones y decisiones de mi agente. Podrá indemnizar y liberar de toda responsabilidad, a mi cargo, a cualquier persona que actúe de conformidad con este poder notarial para la atención médica. Cumpliré con las indemnizaciones que haya contraído mi agente.
8. Podrá seleccionar, emplear y despedir al personal de atención médica, así como los servicios que proporcionan atención médica en el hogar y similares.
9. Podrá seleccionar, contratar para mi admisión, transferirme o autorizar mi alta de cualquier centro médico o de atención médica, incluidos, entre otros, hospitales, residencias para adultos mayores, instalaciones de vida asistida, hospicios, hogares para adultos y similares.

TACHE Y ESCRIBA  
SUS INICIALES EN  
CUALQUIER  
POTESTAD QUE NO  
DESEA QUE TENGA  
SU AGENTE.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO - PÁGINA 6 DE 18**

---

10. Podrá transportarme u organizar mi transporte a un lugar donde se cumpla este poder notarial para la atención médica, si estoy en un lugar donde los términos de este documento no se cumplen.

11. Podrá completar y firmar por mí lo siguiente:

(a) consentimientos para el tratamiento de la atención médica o las órdenes de no resucitar (DNR) emitidas u otras órdenes similares;

(b) solicitudes de transferencia a otro centro, para ser dado de alta en contra del mejor consejo médico u otras solicitudes similares;

(c) cualquier otro documento deseable o necesario para implementar las decisiones de atención médica que mi agente esté autorizado a tomar, de conformidad con este documento.

**Instrucciones especiales.** Al escribir mis iniciales, firmar o marcar de alguna manera en esta línea, **autorizo específicamente a mi agente a rechazar o, si el tratamiento ya comenzó, a retirar el consentimiento para el suministro de nutrición o hidratación proporcionada de forma artificial o tecnológica** si estoy en un estado de inconsciencia permanente Y mi médico y al menos otro médico que me haya examinado determinan, con un grado razonable de certeza médica, que la nutrición y la hidratación proporcionadas de forma artificial o tecnológica no me proporcionarán comodidad ni aliviarán mi dolor: .

TACHE CUALQUIER  
POTESTAD QUE  
USTED NO DESEA  
QUE TENGA  
SU AGENTE.

ESCRIBA SUS  
INICIALES AQUÍ  
SOLO SI DESEA  
AUTORIZAR A SU  
AGENTE A  
RECHAZAR LA  
NUTRICIÓN O  
HIDRATACIÓN  
ARTIFICIAL.

**Limitaciones de la potestad del agente.** Entiendo que hay limitaciones a la potestad de mi agente de conformidad con la ley de Ohio:

1. Mi agente no tiene la potestad para rechazar o retirar el consentimiento informado a fin de recibir la atención necesaria de cuidados de alivio.
2. Mi agente no tiene la potestad para rechazar o retirar el consentimiento informado a fin de recibir atención médica si estoy embarazada, si el rechazo o el retiro de la atención médica podría terminar el embarazo, a menos que el embarazo o la atención médica representaran un riesgo importante para mi vida, o a menos que, a un grado razonable de certeza médica, mi médico tratante y al menos otro médico determinen que el feto no nacería vivo.
3. Mi agente no puede ordenar el retiro del tratamiento de soporte vital, incluida la nutrición o hidratación proporcionada de forma artificial o tecnológica, a menos que padezca una afección terminal o esté en un estado de inconsciencia permanente, y dos médicos determinen que el tratamiento de soporte vital no proporcionaría (o ya no proporcionaría) comodidad o alivio para el dolor.
4. Si con anterioridad di mi consentimiento para algún tipo de atención médica, mi agente no puede retirar ese tratamiento, a menos que mi afección haya cambiado de forma significativa y que la atención médica sea significativamente menos benéfica para mí, o a menos que la atención médica no esté logrando el propósito por el cual la elegí.

LIMITACIONES  
GENERALES DE  
LA POTESTAD  
DEL AGENTE

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO - PÁGINA 8 DE 18**

---

Instrucciones o limitaciones adicionales.

Puedo dar instrucciones adicionales o imponer limitaciones adicionales a la potestad de mi agente. A continuación se presentan mis instrucciones o limitaciones específicas:

[Si el siguiente espacio no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales. Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales, escriba "Ninguno" a continuación].

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES O LIMITACIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
OHIO - PÁGINA 9 DE 18**

---

**NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR**

[Usted puede, pero no está obligado a, utilizar este documento para nombrar a un tutor, en caso de que se inicien procedimientos de tutela, para su persona o su patrimonio].

Entiendo que cualquier persona que nombre no está obligada a aceptar los deberes de tutela y que el tribunal testamentario mantiene jurisdicción sobre cualquier tutela.

Entiendo que el tribunal respetará mis nombramientos, excepto por una buena causa demostrada o descalificación.

Entiendo que, si nombran a un **tutor para mi persona**, los deberes de dicho tutor incluirían tomar decisiones cotidianas de naturaleza personal en mi nombre, como alimento, ropa y arreglos de vivienda, pero este o cualquier poder notarial para la atención médica posterior permanecerían en vigor y regirían las decisiones de atención médica para mí, a menos que el tribunal determine lo contrario. El tribunal determinará los límites, suspenderá o dará por terminado este o cualquier poder notarial para la atención médica posterior si considera que la limitación, suspensión o terminación es en mi mejor interés.

**Tengo la intención de que la potestad otorgada a mi agente en mi poder notarial para la atención médica elimine la necesidad de que algún tribunal nombre a un tutor de mi persona.** Sin embargo, si tales procedimientos comienzan, nombro a las siguientes personas en el orden mencionado como **tutores de mi persona**.

Al escribir mis iniciales, firmar o marcar de alguna manera en esta línea, nombro a mi agente y agentes suplentes, si los hay, para que sean **tutores de mi persona** en el orden mencionado.

Si no elijo a mi agente o a un agente suplente como **tutor de mi persona**, elijo a las siguientes personas en este orden:

Nombre y relación del **tutor de mi persona**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del **tutor suplente de mi persona**: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LOS  
ESPACIOS EN  
BLANCO PARA  
NOMBRAR A SU  
AGENTE COMO  
TUTOR DE SU  
PERSONA.

DE LO CONTRARIO,  
ESCRIBA AQUÍ EL  
NOMBRE DEL  
TUTOR DE SU  
PERSONA.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
OHIO - PÁGINA 10 DE 18**

---

**Tutor del patrimonio** significa la persona nombrada por un tribunal para tomar decisiones financieras en nombre de la persona tutelada con la participación del tribunal. El tutor del patrimonio está obligado a tener una fianza, a menos que se exente la fianza por escrito o el tribunal lo considere innecesario.

Al escribir mis iniciales, firmar o marcar de alguna manera en esta línea, nombro a mi agente o agentes suplentes, si los hay, para que sean **tutores de mi patrimonio** en el orden mencionado.

Si no elijo a mi agente o a un agente suplente como **tutor de mi patrimonio**, elijo a las siguientes personas en este orden:

Nombre y relación del **tutor de mi patrimonio**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del **tutor suplente de mi patrimonio**: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Al escribir mis iniciales, firmar o marcar de alguna manera esta casilla, deseo que se exente la fianza del **tutor o tutor suplente de mi patrimonio**.

\_\_\_\_\_

Si **no** hago ninguna marca en esta línea, significa que espero que el tutor o tutor suplente de mi patrimonio tenga una fianza.

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LOS  
ESPACIOS EN  
BLANCO PARA  
NOMBRAR A SU  
AGENTE COMO  
TUTOR DE SU  
PATRIMONIO.

DE LO CONTRARIO,  
ESCRIBA AQUÍ EL  
NOMBRE DEL  
TUTOR DE SU  
PATRIMONIO.

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LOS  
ESPACIOS EN  
BLANCO PARA  
INDICAR QUE ESA  
FIANZA SE  
EXENTARÁ PARA EL  
TUTOR DE SU  
PATRIMONIO.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA  
DE OHIO - PÁGINA 11 DE 18**

---

**Sin fecha de vencimiento.** Este poder notarial para la atención médica no tendrá fecha de vencimiento y no se verá afectado por mi discapacidad o por el paso del tiempo.

**Ejecución por el agente.** Mi agente puede tomar por mí, a mi cargo, cualquier decisión que mi agente considere aconsejable para hacer cumplir mis deseos en virtud de este documento.

**Liberación de la responsabilidad civil del agente.** Mi agente no será responsable ante mí o cualquier otra persona por cualquier incumplimiento de obligación, a menos que dicho incumplimiento de obligación se haya cometido de manera deshonesto, con un motivo inapropiado o con imprudente indiferencia a los propósitos de este documento o mis mejores intereses.

**Copias iguales que el original.** Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento.

**Solicitud fuera del estado.** Deseo que este documento se respete en cualquier jurisdicción, en la medida en que lo permita la ley.

**Testamento en vida.** He completado un testamento en vida:  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

MARQUE LA  
CASILLA  
CORRESPONDIENTE  
PARA INDICAR SI  
HA COMPLETADO  
UN TESTAMENTO  
EN VIDA.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
OHIO - PÁGINA 12 DE 18**

---

**Firma del mandante**

Entiendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia y a mi médico, abogado, asesor religioso y otras personas acerca de este poder notarial para la atención médica. Entiendo que puedo dar copias de este poder notarial para la atención médica a cualquier persona.

Entiendo que puedo presentar una copia de este poder notarial para la atención médica ante el tribunal testamentario para su custodia.

Entiendo que debo firmar este poder notarial para la atención médica e indicar la fecha de mi firma, y que mi firma debe ser atestiguada por dos adultos que cumplan los requisitos a fin de presenciar mi firma O que la firma debe reconocerse ante un notario público.

Firmo mi nombre este poder notarial para la atención médica

el \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, Ohio.

---

Mandante

**[Elija testigos O un reconocimiento notarial]. TESTIGOS**

Las siguientes personas NO PUEDEN actuar como testigos de este poder notarial para la atención médica:

- su agente, si lo hubiera;
- el tutor de su persona o patrimonio, si lo hubiera;
- cualquier agente o tutor suplente, si lo hubiera;
- cualquier persona relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción (por ejemplo, su cónyuge e hijos);
- su médico tratante; y
- el administrador de la residencia para adultos mayores en la que usted recibe atención.

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



**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA  
DE OHIO - PÁGINA 13 DE 18**

**TESTIGO O RECONOCIMIENTO NOTARIAL**

[Elija uno]

**Testigos.**

Atestiguo que el mandante firmó o reconoció este poder notarial para la atención médica en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no está bajo coacción, fraude o influencia indebida.

Testigo uno

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Testigo dos

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Reconocimiento notarial.**

Estado de Ohio  
Condado de \_\_\_\_\_ ss.

El \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, ante mí, el notario público  
abajo firmante,

se presentó personalmente \_\_\_\_\_, el  
mandante del poder notarial para la atención médica antes mencionado, quien ha  
reconocido que ejecutó el documento para los fines expresados en el mismo. Atestiguo  
que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no está  
bajo coacción, fraude o influencia indebida.

\_\_\_\_\_  
Notario público

Fecha de vencimiento de mi cargo: \_\_\_\_\_

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

**O**

UN NOTARIO  
PÚBLICO DEBE  
COMPLETAR ESTA  
SECCIÓN.

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

# PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO - PÁGINA 14 DE 18

---

## Aviso para el adulto que ejecuta este documento

Este es un documento legal importante. Antes de ejecutar este documento, debe conocer esta información:

Este documento le da a la persona que usted nombra (el agente) el poder de tomar LA MAYORÍA de las decisiones de atención médica en su nombre si usted pierde la capacidad de tomar decisiones informadas de atención médica por sí mismo. Este poder entra en vigor solo cuando su médico tratante determina que usted ha perdido la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica por usted mismo y, a pesar de este documento, siempre y cuando tenga la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica por sí mismo, usted conserva el derecho de tomar todas sus decisiones de atención médica.

Puede incluir limitaciones específicas en este documento sobre la potestad del agente para tomar decisiones de atención médica en su nombre.

Sujeto a cualquier limitación específica que incluya en este documento, si su médico tratante determina que usted ha perdido la capacidad para tomar una decisión informada sobre un asunto de atención médica, EN GENERAL, el agente estará autorizado en virtud de este documento a fin de tomar decisiones de atención médica en su nombre, en la misma medida en que usted tomaría esas decisiones si tuviera la capacidad de hacerlo. La potestad del agente para tomar decisiones de atención médica en su nombre POR LO GENERAL incluirá la potestad a fin de dar un consentimiento informado, negarse a dar un consentimiento informado o retirar el consentimiento informado de cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental.

SIN EMBARGO, incluso si el agente tiene la potestad general para tomar decisiones de atención médica en su nombre en virtud de este documento, el agente NUNCA estará autorizado a hacer cualquiera de las siguientes acciones:

(1) Rechazar o retirar el consentimiento informado para el tratamiento de soporte vital, a menos que su médico tratante y otro médico que lo examine determinen, con un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con los estándares médicos razonables, que se aplica cualquiera de las siguientes situaciones:

(a) Usted padece una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, padecimiento o lesión que (i) no tiene esperanza de recuperación y (ii) es probable que su muerte ocurra dentro de un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital; además de que su médico tratante determina, con un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con los estándares médicos razonables, que no hay ninguna posibilidad razonable de que usted recupere la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la atención médica por sí mismo.

ESTE AVISO SE INCLUYE EN ESTE FORMULARIO IMPRESO, SEGÚN LO ESTABLECE EL CÓDIGO REVISADO DE OHIO §1337.17.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO - PÁGINA 15 DE 18**

---

(b) Se encuentra en un estado de inconsciencia permanente que se caracteriza por ser irreversiblemente inconsciente de sí mismo y de su entorno, así como por una pérdida total del funcionamiento de la corteza cerebral, el cual resulta en la incapacidad para experimentar dolor o sufrimiento; además de que su médico tratante determina, con un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con los estándares médicos razonables, que no hay ninguna posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención médica por sí mismo.

(2) Rechazar o retirar el consentimiento informado para la atención médica necesario a fin de proporcionarle cuidados de alivio (excepto que, si el agente no tiene prohibido hacerlo en virtud del (4) a continuación, el agente podría rechazar o retirar el consentimiento informado para proporcionarle nutrición o hidratación, como se describe en (4) a continuación). USTED DEBE ENTENDER QUE LOS CUIDADOS DE ALIVIO SE DEFINEN EN LA LEY DE OHIO COMO EL SUSTENTO PROPORCIONADO DE FORMA ARTIFICIAL O TECNOLÓGICA (NUTRICIÓN) O LÍQUIDOS (HIDRATACIÓN) CUANDO SE ADMINISTRAN PARA DISMINUIR EL DOLOR O LA INCOMODIDAD, NO PARA POSPONER LA MUERTE, ASÍ COMO CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO, TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN MÉDICA, DE ENFERMERÍA U OTRA MEDIDA QUE SE TOMARÍA PARA DISMINUIR EL DOLOR O LA INCOMODIDAD, Y NO PARA POSPONER SU MUERTE. EN CONSECUENCIA, SI SU MÉDICO TRATANTE DETERMINARA QUE UN PROCEDIMIENTO, TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN MÉDICA, DE ENFERMERÍA U OTRA MEDIDA PREVIAMENTE DESCRITA NO SERVIRÁ O YA NO SERVIRÁ PARA BRINDARLE COMODIDAD O ALIVIAR SU DOLOR, ENTONCES, SUJETO A (4) A CONTINUACIÓN, SU AGENTE ESTARÍA AUTORIZADO A RECHAZAR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO, TRATAMIENTO, INTERVENCIÓN U OTRA MEDIDA.

(3) Rechazar o retirar el consentimiento informado para su atención médica si está embarazada, y si el rechazo o el retiro terminaría el embarazo (a menos que el embarazo o la atención médica representen un riesgo sustancial para su vida, o a menos que su médico tratante y al menos otro médico que le examine determinen, con un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con los estándares médicos razonables, que el feto no nacería vivo);

(4) RECHAZAR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SUMINISTRO DE SUSTENTO (NUTRICIÓN) O LÍQUIDOS (HIDRATACIÓN) PROPORCIONADOS DE FORMA ARTIFICIAL O TECNOLÓGICA, A MENOS QUE:

(A) USTED PADEZCA UNA AFECCIÓN TERMINAL O ESTÉ EN UN ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE.

ESTE AVISO SE INCLUYE EN ESTE FORMULARIO IMPRESO, SEGÚN LO ESTABLECE EL CÓDIGO REVISADO DE OHIO §1337.17.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA  
DE OHIO - PÁGINA 16 DE 18**

---

(B) SU MÉDICO TRATANTE Y AL MENOS OTRO MÉDICO QUE LO HA EXAMINADO DETERMINAN, CON UN GRADO RAZONABLE DE CERTEZA MÉDICA Y DE ACUERDO CON LOS ESTÁNDARES MÉDICOS RAZONABLES, QUE LA NUTRICIÓN O LA HIDRATACIÓN NO SERVIRÁN O YA NO SERVIRÁN PARA BRINDARLE COMODIDAD O ALIVIAR EL DOLOR.

(C) SI, PERO SOLO SI, SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE, USTED AUTORIZA AL AGENTE A RECHAZAR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SUMINISTRO DE NUTRICIÓN O HIDRATACIÓN AL TOMAR LAS SIGUIENTES DOS MEDIDAS EN ESTE DOCUMENTO:

(I) INCLUIR UNA DECLARACIÓN EN MAYÚSCULAS U OTRO CARÁCTER VISIBLE (INCLUIDAS, ENTRE OTRAS OPCIONES, UNA FUENTE DIFERENTE, UN CARÁCTER MÁS GRANDE O UN CARÁCTER EN NEGRITAS), EN LA CUAL INDIQUE QUE EL AGENTE PUEDE RECHAZAR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SUMINISTRO DE NUTRICIÓN O HIDRATACIÓN SI USTED SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE, Y SI SE DETERMINA QUE LA NUTRICIÓN O HIDRATACIÓN YA NO SIRVE O NO SERVIRÁ PARA PROPORCIONARLE COMODIDAD O ALIVIAR EL DOLOR; O MARQUE UNA CASILLA O LÍNEA (SI LA HAY) QUE ESTÉ ADYACENTE A UNA DECLARACIÓN SIMILAR EN ESTE DOCUMENTO.

(II) ESCRIBIR SUS INICIALES, FIRMAR DEBAJO O JUNTO A LA DECLARACIÓN, O MARCAR DE ALGUNA MANERA, SEGÚN SE DESCRIBE ANTES.

(D) SU MÉDICO TRATANTE DETERMINA, DE BUENA FE, QUE USTED AUTORIZÓ AL AGENTE A RECHAZAR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL SUMINISTRO DE NUTRICIÓN O HIDRATACIÓN SI SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE AL CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE (4) (C) (I) Y (II) ANTERIORES.

(5) Retirar el consentimiento informado para cualquier atención médica a la que haya dado su consentimiento previo, a menos que un cambio en su condición física haya disminuido de forma significativa el beneficio de esa atención médica para usted, o a menos que la atención médica no sea, o ya no sea, significativamente eficaz a fin de lograr los fines para los que usted dio su consentimiento.

ESTE AVISO SE INCLUYE EN ESTE FORMULARIO IMPRESO, SEGÚN LO ESTABLECE EL CÓDIGO REVISADO DE OHIO §1337.17.

## PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO - PÁGINA 17 DE 18

---

Además, cuando ejerza su potestad para tomar decisiones de atención médica en su nombre, el agente tendrá que actuar de manera consistente con sus deseos o, si sus deseos son desconocidos, deberá actuar en su mejor interés. Puede expresarle sus deseos al agente si los incluye en este documento o se los comunica de otra manera.

Al actuar de conformidad con este documento, POR LO GENERAL, el agente tendrá los mismos derechos que usted para recibir información sobre la atención médica propuesta, revisar los registros de atención médica y dar su consentimiento a la divulgación de los registros de atención médica. Puede limitar ese derecho en este documento, si así lo desea.

En general, puede nombrar a cualquier adulto competente como el agente en virtud de este documento. Sin embargo, NO PUEDE nombrar a su médico tratante o al administrador de cualquier residencia para adultos mayores en la que recibe atención como el agente en virtud de este documento. Además, en virtud de este documento, NO PUEDE nombrar como agente a un empleado o agente de su médico tratante, o un empleado o agente de un centro de atención médica en el que recibe tratamiento, a menos que algún empleado o agente sea un adulto competente y esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción, o a menos que algún empleado o agente sea un adulto competente, y usted y el empleado o agente sean miembros de la misma orden religiosa. Finalmente, una persona que usted nombre como agente puede perder la potestad para actuar como su agente si hay una orden de protección civil o penal contra ella que lo nombre a usted como la presunta víctima, o si el agente es su cónyuge y usted está pasando por un divorcio o separación legal en el momento de su incapacidad.

Este documento no tiene fecha de vencimiento de conformidad con la ley de Ohio, pero, en general, usted puede elegir la fecha de vencimiento de su poder notarial duradero para la atención médica. Sin embargo, si especifica una fecha de vencimiento y luego carece de la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su atención médica en esa fecha, el documento y el poder que otorga a su agente continuarán en vigor hasta que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas sobre el cuidado de la salud por sí mismo.

Usted tiene derecho a revocar el nombramiento del agente y a revocar este documento completo en cualquier momento y de cualquier manera. En general, dicha revocación entrará en vigor cuando usted exprese su intención de hacer la revocación. Sin embargo, si usted informó a su médico tratante sobre este documento, dicha revocación entrará en vigor solo cuando usted lo comunique a su médico tratante, o cuando un testigo de la revocación o alguien del personal de atención médica a quien dicho testigo comunica la revocación se lo informe a su médico tratante.

ESTE AVISO SE  
INCLUYE EN ESTE  
FORMULARIO  
IMPRESO, SEGÚN LO  
ESTABLECE EL  
CÓDIGO REVISADO  
DE OHIO  
§1337.17.

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

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OHIO - PÁGINA 18 DE 18**

---

Si ejecuta este documento y crea un poder notarial duradero para la atención médica válido junto con él, revocará cualquier poder notarial duradero para la atención médica válido que haya creado antes, a menos que indique lo contrario en este documento.

Este documento no es válido como un poder notarial duradero para la atención médica, a menos que sea reconocido ante un notario público o esté firmado por al menos dos testigos adultos que estén presentes cuando usted firme o que reconozcan su firma. Ninguna persona que esté relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción puede ser testigo. El agente, su médico tratante y el administrador de cualquier residencia para adultos mayores en la que usted reciba atención tampoco son elegibles para ser testigos.

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

ESTE AVISO SE INCLUYE EN ESTE FORMULARIO IMPRESO, SEGÚN LO ESTABLECE EL CÓDIGO REVISADO DE OHIO §1337.17.

Cortesía de CaringInfo  
[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org), 800-658-8898

**DECLARACIÓN DE  
TESTAMENTO EN VIDA DEL  
ESTADO DE OHIO**

**Aviso al declarante**

El propósito de esta Declaración de testamento en vida es documentar su deseo de que el tratamiento para el soporte vital, incluida la nutrición e hidratación proporcionada de forma artificial o tecnológica, se retenga o retire si usted no es capaz de tomar decisiones médicas informadas y si padece una afección terminal o está inconsciente de manera permanente. Esta Declaración de testamento en vida no afecta la responsabilidad del personal de atención médica de brindarle cuidados de alivio. Cuidados de alivio significa cualquier medida tomada para disminuir el dolor o la incomodidad, pero no para posponer la muerte.

AVISO

Si usted no elige limitar alguna o todas las formas de soporte vital, incluida la RCP, tiene el derecho legal de elegirlo y puede indicar sus preferencias de tratamiento médico por escrito en un documento diferente.

De conformidad con la ley de Ohio, una Declaración de testamento en vida es aplicable **solo para las personas con una afección terminal o en un estado de inconsciencia permanente**. Si desea ordenar el tratamiento médico en otras circunstancias, debe preparar un poder notarial para la atención médica. Si padece una afección terminal o un estado de inconsciencia permanente, esta Declaración de testamento en vida tiene prioridad sobre un Poder notarial para la atención médica.

Debe considerar completar una nueva Declaración de testamento en vida si su afección médica cambia o si más tarde decide completar un Poder notarial para la atención médica. Si tiene una Declaración de testamento en vida y un Poder notarial para la atención médica, debe guardar copias de estos documentos juntos. Lleve sus documentos con usted siempre que sea paciente en un centro de atención médica o cuando actualice sus registros médicos con su médico.

**Estado de Ohio:  
Declaración de  
testamento en vida**

ESCRIBA EN LETRA  
DE IMPRENTA SU  
NOMBRE Y FECHA DE  
NACIMIENTO.

\_\_\_\_\_  
(Nombre completo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

Esta es mi declaración de testamento en vida. Revoco todas las declaraciones de testamento en vida anteriores firmadas por mí. Entiendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si alguna disposición se considera inválida o inaplicable, no afectará al resto de este documento.

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y no estoy bajo coacción, fraude o influencia indebida. Soy un adulto competente que entiende y acepta las consecuencias de esta acción. Declaro voluntariamente mi instrucción de que mi muerte no se prolongue de manera artificial.

Deseo que esta Declaración de testamento en vida la respeten mi familia y médicos como la expresión final de mi derecho legal a rechazar ciertos tratamientos de atención médica.

**Definiciones**

DEFINICIONES

**Adulto** significa una persona que tiene 18 años de edad o más.

**Agente o apoderado** significa un adulto competente que una persona (el "mandante") puede nombrar en un poder notarial para la atención médica a fin de que tome decisiones de atención médica en nombre del mandante.

**Nutrición o hidratación suministrada de forma artificial o tecnológica** significa alimentos y líquidos proporcionados por vía intravenosa o por sonda. [Usted puede rechazar o interrumpir una sonda de alimentación o autorizar a su agente del poder notarial para la atención médica a fin de que rechace o interrumpa la nutrición o hidratación artificial].

**Cuidados de alivio** significa cualquier medida, procedimiento médico o de enfermería, tratamiento o intervención, incluida la nutrición o hidratación, que se utiliza para disminuir el dolor o la incomodidad de un paciente, pero que no pospone la muerte.

**RCP** significa reanimación cardiopulmonar, una de las varias formas de iniciar la respiración o los latidos cardiacos de una persona cuando cualquiera de estos se ha detenido. No incluye despejar las vías respiratorias de una persona por una razón distinta a la reanimación.



El **Declarante** es la persona que firma la Declaración de testamento en vida.

**No resucitar u orden de DNR** significa la orden médica de un médico que está escrita en el registro de un paciente para indicar que el paciente no debe recibir reanimación cardiopulmonar.

**Atención médica** es cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Una **decisión de atención médica** significa dar un consentimiento informado, negarse a dar un consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para la atención médica.

El **Poder notarial para la atención médica** es un documento legal que permite al mandante autorizar a un agente a fin de tomar decisiones de atención médica para el mandante en la mayoría de las situaciones de atención médica cuando el mandante ya no puede tomar tales decisiones. Además, el mandante puede autorizar al agente a recopilar información de salud protegida para y en nombre del mandante de inmediato o en cualquier otro momento. Un poder notarial para la atención médica NO es un poder notarial financiero.

El documento del poder notarial para la atención médica también se puede usar para nombrar a una o varias personas a fin de que actúen como tutores de la persona o del patrimonio del mandante. Incluso si un tribunal nombra a un tutor para el mandante, el poder notarial para la atención médica permanece en vigor, a menos que el tribunal decida lo contrario.

**Tratamiento para el soporte vital** significa cualquier procedimiento médico, tratamiento, intervención u otra medida que, cuando se administra a un paciente, prolonga principalmente el proceso de muerte.

Una **Declaración de testamento en vida** es un documento legal que permite a un adulto competente ("declarante") especificar qué atención médica desea o no desea recibir si padece una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente y ya no puede dar a conocer sus deseos. NO es y no reemplaza un testamento, que se utiliza para nombrar a un ejecutor a fin de administrar el patrimonio de una persona tras su muerte.

### DEFINICIONES

DEFINICIONES

**Estado de inconsciencia permanente** significa una afección irreversible en la que el paciente está permanentemente inconsciente de sí mismo y de su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que el paciente ha perdido totalmente la función cerebral superior y es incapaz de sufrir o sentir dolor.

**Mandante** significa un adulto competente que firma un poder notarial para la atención médica.

**Afección terminal** significa una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, padecimiento o lesión a partir del cual, a un grado razonable de certeza médica, de acuerdo con los estándares médicos razonables, el médico tratante del mandante y otro médico que haya examinado al mandante determinan que se aplican las dos siguientes condiciones:

(1) no puede haber recuperación y (2) es probable que la muerte ocurra dentro de un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

INSTRUCCIONES

**Sin fecha de vencimiento.** Esta Declaración de testamento en vida no tendrá fecha de vencimiento. Sin embargo, puede revocarla en cualquier momento.

**Copias iguales que el original.** Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento.

**Solicitud fuera del estado.** Deseo que este documento se respete en cualquier jurisdicción, en la medida en que lo permita la ley.

He completado un **Poder notarial para la atención médica**: Sí\_\_ No\_\_

**Notificaciones.** [Nota: No necesariamente tiene que nombrar a alguien. Si no se nombra a nadie, la ley establece que su médico tratante haga un esfuerzo razonable para notificar a alguna de las siguientes personas en el orden nombrado: su tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres o la mayoría de sus hermanos adultos que están disponibles].

En caso de que mi médico tratante determine que el tratamiento de soporte vital se debe retener o retirar, mi médico hará un esfuerzo razonable para notificar a una de las personas nombradas a continuación, en el orden de prioridad siguiente [tache las líneas no utilizadas]:

Nombre y relación del primer contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del segundo contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del tercer contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Si padezco una **AFECCIÓN TERMINAL** y no soy capaz de tomar mis propias decisiones de atención médica, O si estoy en **ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE** y no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas, entonces, deseo que mi médico que me deje morir de forma natural y que solo me proporcione **cuidados de alivio**.

Con el propósito de brindar cuidados de alivio, autorizo a mi médico lo siguiente:

1. no administrar ningún tratamiento de soporte vital, incluida la RCP;
2. retener o retirar la nutrición o hidratación proporcionada de forma artificial o tecnológica, siempre que, si me encuentro en un estado de inconsciencia permanente, haya autorizado dicha retención o retiro, de acuerdo con las instrucciones especiales que se indican a continuación, y se hayan cumplido las demás condiciones;
3. emitir una orden de DNR; y
4. no tomar ninguna acción para posponer mi muerte y proporcionarme solo la atención necesaria para mantenerme cómodo y aliviar el dolor.

Instrucciones especiales.

**Al escribir mis iniciales, firmar o marcar de alguna manera en esta línea, autorizo específicamente a mi médico a retener o, si el tratamiento ya comenzó, a retirar el consentimiento para el suministro de nutrición o hidratación proporcionada de forma artificial o tecnológica si estoy en un estado de inconsciencia permanente Y mi médico y al menos otro médico que me haya examinado determinan, con un grado razonable de certeza médica, que la nutrición y la hidratación proporcionadas de forma artificial o tecnológica no me proporcionarán comodidad ni aliviarán mi dolor.**

---

SI DESEA QUE SE  
RETENGAN O  
RETIREN LA  
NUTRICIÓN Y LA  
HIDRATACIÓN  
ARTIFICIALES,  
DEBE FIRMAR O  
ESCRIBIR SUS  
INICIALES AQUÍ.



**DONACIÓN ANATÓMICA (OPCIONAL)**

MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES SI DESEA HACER UNA DONACIÓN ANATÓMICA.

Tras mi muerte, las siguientes son mis instrucciones con respecto a la donación de todo o parte de mi cuerpo: Con la esperanza de poder ayudar a otros después de mi muerte, por la presente dono las siguientes partes de mi cuerpo: [Marque todas las opciones que correspondan].

Todos los órganos, tejidos y mis ojos para cualquier propósito autorizado por la ley.

O

- |   |                                     |  |   |
|---|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> corazón            | <input type="checkbox"/> pulmones   | <input type="checkbox"/> hígado (y vasos asociados)  | <input type="checkbox"/> páncreas/células insulares |
| <input type="checkbox"/> intestino delgado  | <input type="checkbox"/> intestinos | <input type="checkbox"/> riñones (y vasos asociados) | <input type="checkbox"/> ojos/córneas               |
| <input type="checkbox"/> válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> hueso      | <input type="checkbox"/> tendones                    | <input type="checkbox"/> ligamentos                 |
| <input type="checkbox"/> venas              | <input type="checkbox"/> fascia     | <input type="checkbox"/> piel                        | <input type="checkbox"/> nervios                    |

Para los siguientes propósitos autorizados por la ley:

todos los propósitos  trasplante  terapia  investigación  educación

Si no indico el deseo de donar todo o parte de mi cuerpo al completar las líneas anteriores, no se crea ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o negarme a hacer una donación anatómica.

**FIRMA del DECLARANTE**

Entiendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia, al agente nombrado en mi Poder notarial para la atención médica (si tengo uno), a mi médico, mi abogado, mi asesor religioso y otros acerca de esta Declaración de testamento en vida. Entiendo que puedo dar copias de esta declaración de testamento en vida a cualquier persona.

Entiendo que debo firmar (o pedirle a una persona que firme en mi nombre) esta Declaración de testamento en vida e indicar la fecha de mi firma, además de que mi firma debe ser atestiguada por dos adultos que cumplan los requisitos para presenciar mi firma O la firma debe ser reconocida ante un notario público.

Firmo con mi nombre en esta Declaración de testamento en vida

el \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, Ohio.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

**[Elija testigos O un reconocimiento notarial]. TESTIGOS**

[Las siguientes personas NO PUEDEN actuar como testigos en esta Declaración de testamento en vida:

- su agente en su Poder notarial para la atención médica, si lo hubiera;
- el tutor de su persona o patrimonio, si lo hubiera;
- cualquier agente o tutor suplente, si lo hubiera;
- cualquier persona relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción (por ejemplo, su cónyuge e hijos);
- su médico tratante; y
- el administrador de la residencia para adultos mayores en la que usted recibe atención].

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

**TESTIGO O RECONOCIMIENTO NOTARIAL**

[Elija uno]

**Testigos.** Atestiguo que el declarante firmó o reconoció esta declaración de testamento en vida en mi presencia, que el declarante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no está sujeto a coacción, fraude o influencia indebida.

Testigo 1

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta:

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Testigo 2

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**O, si no hay testigos,**

**RECONOCIMIENTO NOTARIAL**

Estado de Ohio

Condado de \_\_\_\_\_ ss.

El \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_, ante mí, el notario público  
abajo firmante,

se presentó personalmente \_\_\_\_\_, el declarante de la declaración de testamento en vida antes mencionada, quien ha reconocido que ejecutó el documento para los fines expresados en el mismo. Atestiguo que el declarante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no está bajo coacción, fraude o influencia indebida.

\_\_\_\_\_  
Notario público

Fecha de vencimiento de mi cargo: \_\_\_\_\_

Mi cargo es permanente: \_\_\_\_\_

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

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

**O**

UN NOTARIO  
PÚBLICO DEBE  
COMPLETAR ESTA  
SECCIÓN.



**Estado de Ohio:  
Aviso al declarante del Formulario  
de inscripción en el registro de  
donantes**

El propósito del Formulario de inscripción en el registro de donantes es documentar su deseo de donar órganos, tejidos o sus córneas al momento de su muerte.

Este formulario debe completarse solo si aún NO se ha registrado como donante en la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio (Bureau of Motor Vehicles, BMV) al renovar una licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal, en línea en el sitio web de la BMV, o previamente mediante un formulario en papel. Si desea hacer una donación anatómica o modificar un registro existente, este formulario debe enviarse a la BMV para asegurarse de que sus deseos de donación de órganos, tejidos o córneas se respeten. Este documento servirá como su autorización para recuperar los órganos, tejidos o córneas indicados al momento de su muerte, si es médicamente posible.

Al presentar este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de donantes de Ohio que conserva la BMV, y solo las agencias de recuperación de órganos, tejidos y córneas apropiadas podrán acceder a ellos al momento de su muerte. Se recomienda que comparta sus deseos con sus familiares más cercanos para que estén conscientes de sus intenciones de ser un donante.

Este formulario también se puede utilizar para enmendar o revocar sus deseos de donación. El formulario completado deberá enviarse a:

Ohio Bureau of Motor Vehicles  
Attn: Records Request  
P. O. Box 16583  
Columbus, OH 43216-6583

Las preguntas más frecuentes sobre la donación de órganos, tejidos y córneas se abordan en la página tres de esta sección. Si tiene preguntas más específicas, también se incluye la información de contacto de las agencias estatales de recuperación de órganos y tejidos, y se le recomienda que se comunique con ellos o visite sus sitios web.

Si aún NO se ha registrado como donante en la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio (BMV), al renovar una licencia de conducir o identificación estatal, deberá presentar el formulario del Registro de donantes de Ohio ante la BMV para asegurar que se respeten sus deseos con respecto a la donación de órganos y tejidos. Este documento servirá como su autorización para recuperar los órganos o tejidos indicados al momento de su muerte, si es médicamente posible. Al presentar este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de donantes de Ohio que conserva la BMV, y solo las agencias de recuperación de órganos y tejidos apropiadas podrán acceder a ellos al momento de su muerte. Asegúrese de compartir sus deseos con sus seres queridos para que estén conscientes de sus intenciones. Este formulario también se puede utilizar para enmendar o revocar sus deseos de donación.

## INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DONANTES DE OHIO - PÁGINA 2 DE 2

Para registrarse, complete este formulario y envíelo por correo a:  
Ohio Bureau of Motor Vehicles  
Attn: Records Request  
P.O. BOX 16583  
Columbus, OH 43216-6583

**ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA**

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DOMICILIO POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO (    ) -	FECHA DE NACIMIENTO	LICENCIA DE CONDUCIR/TARJETA DE IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ESTADO DE OHIO

**OPCIONES DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DONANTES**

**OPCIÓN 1**

Tras mi muerte, hago una donación anatómica de mis órganos, tejidos y ojos para cualquier propósito autorizado por la ley.

**OPCIÓN 2**

Tras mi muerte, hago una donación anatómica de mis órganos, tejidos u ojos seleccionados a continuación.

TODOS LOS ÓRGANOS, TEJIDOS Y MIS OJOS

**ÓRGANOS**

- CORAZÓN
- PULMONES
- HÍGADO (Y VASOS ASOCIADOS)
- RIÑÓN (Y VASOS ASOCIADOS)
- PÁNCREAS/CÉLULAS INSULARES

- INTESTINOS
- INTESTINO DELGADO

**TEJIDOS**

- OJOS/CÓRNEAS
- VÁLVULAS CARDIACAS
- HUESOS
- TENDONES
- LIGAMENTOS
- VENAS
- FASCIA
- PIEL
- NERVIOS

**Para los siguientes propósitos autorizados por la ley:**

- TODOS     TRASPLANTE     TERAPIA     INVESTIGACIÓN     PROPÓSITOS EDUCATIVOS

**OPCIÓN 3**

Ya no quiero formar parte del Registro de donantes de Ohio.

FIRMA DE LA PERSONA QUE SE REGISTRA COMO DONANTE	FECHA
<b>X</b>	

PARA INSCRIBIRSE EN EL REGISTRO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE OHIO, COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO A LA DIRECCIÓN INDICADA.