

# **CAROLINA DEL SUR**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de decisiones importantes sobre la 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 que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de la prestación de cuidados durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de formularios de instrucciones anticipadas para los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos de su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones que se encuentra del lado izquierdo.

#### **ANTES DE COMENZAR**

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en el que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos para cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico para cada estado en el que podría pasar un tiempo prolongado. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas nuevas para viajes comunes a otros estados. Las instrucciones anticipadas de este paquete solo serán legalmente vinculantes si la persona que las llena es un adulto competente de 18 años o más, o un menor emancipado.

#### **PASOS A SEGUIR**

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de iniciar para que tenga una copia en limpio en caso de que necesite comenzar de nuevo.
2. Cuando comience a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con sus familiares, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que designe para que tome decisiones en su nombre entienda sus deseos.

4. Una vez que llene y firme los formularios, fotocópielos, escanéelos o tómeles una foto y entréguelos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a sus familiares, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios estén disponibles en caso de emergencia.
5. Si lo desea, también puede guardar una copia de los formularios en su expediente médico electrónico, o en una aplicación, programa o servicio de expedientes médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus familiares, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

## **INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**

Este paquete contiene dos documentos legales que protegen 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. Puede llenar cualquiera de los dos, o ambos, según sus necesidades de planificación anticipada.

**Poder notarial para la atención médica para Carolina del Sur.** Este documento le permite nombrar a un adulto, su "agente", para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre procedimientos de mantenimiento de la vida, si usted ya no puede hablar por sí mismo. El poder notarial para la atención médica es especialmente útil, ya que nombra a una persona para que hable por usted en el momento en que no sea capaz de tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, no solo al final de la vida.

La **Declaración de deseo de fallecimiento natural para Carolina del Sur**, o Declaración, es el testamento en vida de su estado. Su declaración le permite indicar sus deseos relativos a la atención médica en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención médica y padezca una enfermedad terminal o se encuentren en estado vegetativo persistente.

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

Para que su **Poder notarial para la atención médica para Carolina del Sur** sea legal, debe firmarlo y fecharlo o reconocer su firma en presencia de dos testigos. Estos testigos **no pueden** ser:

- su agente o agente suplente;
- un pariente suyo por consanguinidad, afinidad o adopción;
- su médico tratante o un empleado de su médico tratante;
- una persona que sea directamente responsable económicamente de su atención médica;
- una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio tras su fallecimiento, ya sea en virtud de un testamento o por aplicación de la ley;
- un beneficiario de su póliza de seguro de vida, o
- cualquier persona que tenga un reclamo contra su patrimonio tras su fallecimiento.

Además, al menos uno de sus testigos **no** debe ser un empleado de un centro de salud en el que usted sea paciente.

Si no puede firmar, puede dar instrucciones a una persona para que firme en su nombre y en su presencia.

Para que su **Declaración de deseo de fallecimiento natural para Carolina del Sur** sea legal, debe firmarla en presencia de dos testigos **y** certificarla ante notario. Su notario puede actuar como uno de sus testigos. Estos testigos **no pueden** ser:

- un pariente suyo por consanguinidad, afinidad o adopción;
- su médico tratante o empleado de su médico tratante;
- una persona que se directamente responsable económicamente de su atención médica;
- una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio tras su fallecimiento, ya sea en virtud de un testamento o por aplicación de la ley;
- un beneficiario de su póliza de seguro de vida, o
- una persona que tenga un reclamo contra su patrimonio tras su fallecimiento.

Además, al menos uno de sus testigos **no** debe ser empleado de un centro de salud en el que usted sea paciente. Por último, si usted es residente en un hospital o en un centro de enfermería, uno de los testigos debe ser un defensor del pueblo designado por el defensor del pueblo estatal de la Oficina del Gobernador.

### **¿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.

Su agente debe tener al menos 18 años y **no puede** ser:

- un proveedor de atención médica, o empleado de un proveedor, con el que usted tenga una relación proveedor-paciente;
- un empleado de un centro de atención de enfermería en el que resida el mandante, o
- un cónyuge del proveedor de atención médica o del empleado.

Puede nombrar como su agente a una de las personas mencionadas anteriormente si es pariente suyo.

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

### **¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?**

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo

que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

Si llena los dos documentos que están incluidos en este paquete, asegúrese de que las instrucciones que dé coincidan. El agente que nombre en su poder notarial para la atención médica estará sujeto a las decisiones que tome en su declaración.

### **¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?**

Su poder notarial para la atención médica entra en vigor cuando su médico y un médico más o su agente certifican que usted no es capaz de apreciar la naturaleza y las implicaciones de su afección y de la atención médica que se propone, de tomar una decisión razonada sobre la atención médica que se propone o de comunicar esta decisión de forma inequívoca.

Su testamento en vida entra en vigor cuando su médico y un médico más certifican que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica y que padece una enfermedad terminal o se encuentra en estado vegetativo persistente.

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

### **Limitaciones del agente**

No se cumplirá ninguna instrucción de su agente o en su declaración para suspender o retirar procedimientos de mantenimiento de la vida en caso de que esté embarazada, y su agente estará sujeto a las leyes vigentes de Carolina del Sur en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

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

Puede revocar su poder notarial para la atención médica al notificar por escrito o verbalmente a su proveedor de atención médica o a su agente. También puede revocarlo al firmar un nuevo poder notarial para la atención médica, si en ese documento consta la intención de revocar su anterior poder notarial para la atención médica.

Puede revocar su declaración al destruirla (o al dar instrucciones a una persona para que la destruya en su presencia), mediante una revocación por escrito firmada y fechada, mediante una expresión verbal a su médico, o al firmar una nueva declaración. También puede nombrar a un agente en su declaración que tenga la facultad de revocarla en su nombre.

### **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?**

Puede nombrar a un agente en su declaración. A diferencia de un agente nombrado en virtud de su poder notarial duradero para la atención médica, un agente nombrado en su declaración solo está facultado para hacer cumplir o revocar su declaración, y no puede tomar otras decisiones de tratamiento médico.

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.

**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

INFORMACIÓN SOBRE ESTE DOCUMENTO

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DEBE CONOCER ESTOS DATOS IMPORTANTES:

1. ESTE DOCUMENTO OTORGA A LA PERSONA QUE NOMBRA COMO SU AGENTE LA FACULTAD PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE EN CASO DE QUE USTED NO PUEDA TOMAR LAS DECISIONES POR SÍ MISMO. ESTA FACULTAD INCLUYE PODER TOMAR DECISIONES SOBRE TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA. A MENOS QUE USTED INDIQUE LO CONTRARIO, SU AGENTE TENDRÁ LA MISMA POTESTAD QUE USTED TENDRÍA PARA TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA.

2. ESTA FACULTAD ESTÁ SUJETA A CUALQUIER LIMITACIÓN O DECLARACIÓN DE DESEOS QUE USTED INCLUYA EN ESTE DOCUMENTO. USTED PUEDE INDICAR EN ESTE DOCUMENTO CUALQUIER TRATAMIENTO QUE NO DESEE O TRATAMIENTO QUE DESEE ASEGURARSE DE RECIBIR. SU AGENTE ESTARÁ OBLIGADO A SEGUIR SUS INSTRUCCIONES AL MOMENTO DE TOMAR DECISIONES EN SU NOMBRE. PUEDE ADJUNTAR PÁGINAS ADICIONALES SI REQUIERE MÁS ESPACIO PARA LLENAR LA DECLARACIÓN.

3. DESPUÉS DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, TIENE DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA POR SÍ MISMO SI ES MENTALMENTE COMPETENTE PARA HACERLO. DESPUÉS DE HABER FIRMADO ESTE DOCUMENTO, NO SE LE PODRÁ ADMINISTRAR NI DETENER NINGÚN TRATAMIENTO SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO SI ES MENTALMENTE COMPETENTE PARA TOMAR ESA DECISIÓN.

4. USTED TIENE DERECHO A REVOCAR ESTE DOCUMENTO, Y A CESAR LA POTESTAD DE SU AGENTE AL INFORMAR A SU AGENTE O A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA VERBALMENTE O POR ESCRITO.

5. SI HAY ALGO EN ESTE DOCUMENTO QUE USTED NO ENTIENDA, DEBE PEDIRLE A UN TRABAJADOR SOCIAL, ABOGADO U OTRA PERSONA QUE SE LO EXPLIQUE.

6. ESTE PODER NOTARIAL NO SERÁ VÁLIDO A MENOS QUE DOS PERSONAS FIRMIEN COMO TESTIGOS. CADA UNA DE ESTAS PERSONAS DEBERÁ SER TESTIGO DE SU FIRMA DEL PODER NOTARIAL O TESTIGO DE SU RECONOCIMIENTO DE QUE LA FIRMA EN EL PODER NOTARIAL ES SUYA.

AVISO

**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**  
**PÁGINA 2 DE 9**

---

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO TESTIGOS:

A. SU CÓNYUGE; SUS HIJOS, NIETOS Y DEMÁS DESCENDIENTES DIRECTOS; SUS PADRES, ABUELOS Y DEMÁS ASCENDIENTES DIRECTOS; SUS HERMANOS Y LOS DESCENDIENTES DIRECTOS DE ESTOS, O EL CÓNYUGE DE CUALQUIERA DE ESTAS PERSONAS.

B. UNA PERSONA QUE SEA DIRECTAMENTE RESPONSABLE ECONÓMICAMENTE DE SU ATENCIÓN MÉDICA.

C. UNA PERSONA QUE FIGURA EN SU TESTAMENTO O, SI NO POSEE UN TESTAMENTO, QUE HEREDARÍA SUS BIENES POR SUCESIÓN INTESTADA.

D. UN BENEFICIARIO DE SU PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA.

E. LAS PERSONAS NOMBRADAS COMO SU AGENTE O AGENTE SUCESOR EN EL PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.

F. SU MÉDICO O UN EMPLEADO DE SU MÉDICO.

G. UNA PERSONA QUE TENGA UN RECLAMO CONTRA ALGUNA PARTE DE SU PATRIMONIO (PERSONAS A LAS QUE DEBE DINERO).

SI USTED ES PACIENTE EN UN CENTRO DE SALUD, NO MÁS DE UN TESTIGO PUEDE SER EMPLEADO DE DICHO CENTRO.

7. SU AGENTE DEBE SER UNA PERSONA QUE TENGA 18 AÑOS O MÁS Y QUE SE ENCUENTRE EN PLENO USO DE SUS FACULTADES MENTALES. NO PUEDE SER SU MÉDICO NI NINGÚN OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE LE PROPORCIONE TRATAMIENTO EN ESE MOMENTO, NI UN EMPLEADO DE SU MÉDICO O PROVEEDOR, NI EL CÓNYUGE DEL MÉDICO, DEL PROVEEDOR O DEL EMPLEADO, A MENOS QUE LA PERSONA SEA PARIENTE SUYO.

8. DEBE INFORMAR A LA PERSONA QUE DESEA QUE ACTÚE COMO SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA. DEBE HABLAR SOBRE ESTE DOCUMENTO CON SU AGENTE Y CON SU MÉDICO Y ENTREGAR UNA COPIA FIRMADA A CADA UNO DE ELLOS. SI SE ENCUENTRA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA O EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, DEBE INCLUIRSE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO EN SU EXPEDIENTE MÉDICO.

AVISO  
(CONTINUACIÓN)

**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**  
**PÁGINA 3 DE 9**

ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA

ESCRIBA EL  
NOMBRE,  
DOMICILIO  
PARTICULAR Y  
NÚMEROS DE  
TELÉFONO DE SU  
AGENTE EN LETRA  
DE IMPRESA

ESCRIBA EL  
NOMBRE,  
DOMICILIO Y  
NÚMERO DE  
TELÉFONO DE  
SU(S) AGENTE(S)  
SUPLENTE(S) EN  
LETRA DE  
IMPRESA

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

1. NOMBRAMIENTO DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente nombro a:  
(Mandante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del agente)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio del agente)

Teléfonos: Particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
como mi agente para que tome decisiones sobre la atención médica por mi según  
lo autorizado en este documento.

2. Agente sucesor: Si un agente nombrado por mí fallece, queda incapacitado legalmente, renuncia, se niega a actuar, o no está a su alcance, o si un agente que es mi cónyuge se divorcia o se separa de mí, nombro a las siguientes personas como sucesores de mi agente, cada una de las cuales actuará por sí sola y sucesivamente, en el orden indicado:

a. Primer agente suplente:

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: Particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

b. Segundo agente suplente:

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: Particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Indisponibilidad del (los) agente(s): Si en el momento pertinente el agente o los agentes sucesores nombrados aquí no son capaces o no están dispuestos a tomar decisiones relativas a mi atención médica, y estas decisiones deben ser tomadas por un tutor, por el Tribunal Testamentario, o por un sustituto conforme a la Ley de Consentimiento para la Atención Médica a los Adultos, es mi intención que el tutor, el Tribunal Testamentario o el sustituto tomen dichas decisiones de acuerdo con mis instrucciones según se indiquen en este documento.

**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**  
**PÁGINA 4 DE 9**

---

**2. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR Y DURABILIDAD**

Mediante este documento es mi intención crear un poder notarial duradero válido a partir de, y solo durante, un periodo de incapacidad mental, salvo lo dispuesto en el Apartado 3 a continuación.

**3. AUTORIZACIÓN CONFORME A LA HIPAA**

Al considerar o tomar decisiones sobre la atención médica por mí, toda la información de salud identificable individualmente y los expedientes médicos se liberarán sin restricciones a mi(s) agente(s) de atención médica o a mi(s) agente(s) de atención médica suplente(s) nombrado(s) anteriormente, incluidos, entre otros, (i) diagnóstico, tratamiento, otro tipo de atención médica y registros financieros y de seguros relacionados e información asociada con cualquier afección de salud física o mental pasada, presente o futura, incluidos, entre otros, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA, enfermedad(es) de transmisión sexual, enfermedades mentales o abuso de drogas o alcohol, y (ii) cualquier opinión por escrito relacionada con mi salud que dicho(s) agente(s) de atención médica o agente(s) de atención médica suplente(s) pueda(n) haber solicitado. Sin limitar la generalidad de lo anterior, esta autorización de liberación se aplicará a toda la información de salud y expedientes médicos regidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA), por la sección 1320d, título 42 del Código de Estados Unidos (United States Code, USC) y por las partes 160 y 164, título 45 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR); será válida independientemente de si soy competente mentalmente o no, no tendrá fecha de vencimiento, y solo finalizará en caso de que revoque por escrito la autorización y la entregue a mi proveedor de atención médica.

**4. FACULTADES DEL AGENTE**

Otorgo a mi agente plena potestad para tomar decisiones en mi nombre relativas a mi atención médica. En el ejercicio de esta potestad, mi agente deberá seguir mis deseos tal como se indican en este documento o que yo exprese de cualquier otro modo o que sean conocidos por mi agente. Al tomar cualquier decisión, mi agente intentará hablar conmigo sobre la decisión que se proponga para determinar mis deseos si soy capaz de comunicarme de alguna forma. Si mi agente no puede determinar la decisión que yo desearía que se tomara, mi agente tomará una decisión por mí en función de lo que mi agente considere que es mejor para mis intereses. La potestad de mi agente para interpretar mis deseos tiene la intención de ser lo más amplia posible, a excepción de las limitaciones que yo pueda indicar a continuación.

FACULTADES DEL  
AGENTE

**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**  
**PÁGINA 5 DE 9**

En consecuencia, a menos que esté específicamente limitada por las disposiciones que se indican a continuación, mi agente tiene la potestad para:

A. Dar, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier tipo de atención médica, tratamiento, procedimiento quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, medicamento, y para el uso de procedimientos mecánicos o de otro tipo que afecten cualquier función corporal, incluidos, entre otros, respiración artificial, apoyo para alimentación e hidratación y reanimación cardiopulmonar.

B. Autorizar, o negarse a autorizar, cualquier medicamento o procedimiento destinado a aliviar el dolor, aunque dicho uso pueda provocar daño físico, adicción, o acelerar el momento de mi fallecimiento, pero no causarlo intencionalmente.

C. Autorizar mi ingreso o alta, incluso en contra del consejo médico, en cualquier hospital, centro de atención de enfermería o centro o servicio similar.

D. Adoptar cualquier otra medida necesaria para efectuar, documentar y garantizar la aplicación de las decisiones relativas a mi atención médica, incluidas, entre otras, la concesión de cualquier exención o exención de responsabilidad exigida por cualquier hospital, médico, proveedor de atención de enfermería u otro proveedor de atención médica; la firma de cualquier documento relacionado con el rechazo de tratamiento o la salida de un centro en contra del consejo médico, y el ejercicio de cualquier acción legal en mi nombre y a expensas de mi patrimonio para forzar el cumplimiento de mis deseos según lo determine mi agente, o para reclamar daños reales o punitivos por el incumplimiento.

E. Las facultades otorgadas anteriormente no incluyen las siguientes facultades o están sujetas a las siguientes normas o limitaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(adjunte páginas adicionales si es necesario)

FACULTADES DEL  
AGENTE  
CONTINUACIÓN

AÑADA  
INSTRUCCIONES  
AQUÍ SOLO SI  
DESEA LIMITAR LA  
POTESTAD DE SU  
AGENTE

**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**  
**PÁGINA 6 DE 9**

---

DONACIÓN DE  
ÓRGANOS

ESCRIBA SUS  
INICIALES PARA  
INDICAR SI DESEA  
QUE SU AGENTE  
PUEDA DONAR SUS  
ÓRGANOS

5. DONACIÓN DE ÓRGANOS (ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN)

Mi agente puede\_\_\_; no puede\_\_\_dar su consentimiento para la donación de todos o parte de mis tejidos u órganos con fines de trasplante.

6. EFECTO EN LA DECLARACIÓN DE DESEO DE FALLECIMIENTO NATURAL  
(TESTAMENTO EN VIDA)

Entiendo que, si poseo una Declaración de deseo de fallecimiento natural válida, las instrucciones contenidas en la Declaración tendrán efecto en cualquier situación en la que sean aplicables. Mi agente tendrá potestad para tomar decisiones relativas a mi atención médica solo en situaciones en las que no se aplique la Declaración.

7. DECLARACIÓN DE DESEOS RELATIVOS A TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DE  
LA VIDA

Con respecto a tratamientos de mantenimiento de la vida, doy instrucciones

para lo siguiente: (ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNO DE LOS 3

PÁRRAFOS SIGUIENTES)

(1) \_\_\_ CONCESIÓN DE DISCRECIONALIDAD AL AGENTE. No deseo que se prolongue mi vida ni que se me proporcione o se continúe un tratamiento de mantenimiento de la vida si mi agente considera que las cargas del tratamiento superan los beneficios esperados. Deseo que mi agente tenga en cuenta el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, los gastos que supone y la calidad, así como la posible prolongación de mi vida al tomar decisiones sobre tratamiento de mantenimiento de la vida.

O

(2) \_\_\_ INSTRUCCIONES PARA RETENER O RETIRAR TRATAMIENTO. No deseo que se prolongue mi vida y no deseo tratamiento de mantenimiento de la vida:

a. si padezco una afección incurable o irreversible y, sin la administración de procedimientos de mantenimiento de la vida, se espera que el resultado sea el fallecimiento en un periodo relativamente corto, o

b. si me encuentro en un estado de inconsciencia permanente.

O

(3) \_\_\_ INSTRUCCIONES PARA TRATAMIENTO MÁXIMO. Deseo que se prolongue mi vida en la mayor medida posible, dentro de los estándares de la práctica médica aceptada, sin tener en cuenta mi afección, las posibilidades que tengo de recuperarme o el costo de los procedimientos.

**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**  
**PÁGINA 7 DE 9**

---

**8. DECLARACIÓN DE DESEOS RELATIVOS A LA ALIMENTACIÓN POR SONDA**

Con respecto a la alimentación y la hidratación suministradas por medio de una sonda nasogástrica o sonda en el estómago, intestinos o venas, deseo aclarar que, en situaciones en las que se retenga o retire tratamiento de mantenimiento de la vida conforme al Punto 7,

(ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNO DE LOS TRES PÁRRAFOS SIGUIENTES)

(A) \_\_\_\_ CONCESIÓN DE DISCRECIONALIDAD AL AGENTE. No deseo que se prolongue mi vida a través de alimentación por sonda si mi agente considera que las cargas de la alimentación por sonda superan los beneficios esperados. Deseo que mi agente tenga en cuenta el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, los gastos que supone y la calidad, así como la posible prolongación de mi vida al tomar esta decisión.

O

(B) \_\_\_\_ INSTRUCCIONES PARA RETENER O RETIRAR LA ALIMENTACIÓN POR SONDA. No deseo que se prolongue mi vida a través de alimentación por sonda.

O

(C) INSTRUCCIONES PARA EL SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN POR SONDA. Deseo que la alimentación por sonda se suministre dentro de los estándares de la práctica médica aceptada, sin tener en cuenta mi afección, las posibilidades que tengo de recuperarme o el costo de los procedimientos, y sin tener en cuenta si se retienen o retiran otras formas de tratamiento de mantenimiento de la vida.

SI NO ESCRIBE SUS INICIALES EN NINGUNA DE LAS DECLARACIONES DEL APARTADO 8, SU AGENTE NO TENDRÁ POTESTAD PARA DAR INSTRUCCIONES PARA QUE SE RETIRE LA ALIMENTACIÓN Y LA HIDRATACIÓN NECESARIAS PARA LOS CUIDADOS PARA LA COMODIDAD O EL ALIVIO DEL DOLOR.

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA OPCIÓN



**PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA CAROLINA DEL SUR**  
**PÁGINA 9 DE 9**

FECHA Y ESCRIBA SU  
DOMICILIO EN LETRA  
DE IMPRENTA

FIRME Y ESCRIBA  
SU NOMBRE EN  
LETRA DE  
IMPRENTA

LOS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR,  
FECHAR Y  
ESCRIBIR EN LETRA  
DE IMPRENTA SUS  
NÚMEROS DE  
TELÉFONO Y  
DOMICILIOS AQUÍ

UN NOTARIO  
PÚBLICO DEBE  
LLENAR ESTA  
PARTE DEL  
FORMULARIO

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

AL FIRMAR AQUÍ INDICO QUE ENTIENDO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y EL EFECTO DE ESTA CONCESIÓN DE FACULTADES A MI AGENTE.

Firmo con mi nombre este Poder notarial para la atención médica este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. Mi domicilio particular actual es:

Firma del mandante: \_\_\_\_\_

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

**DECLARACIÓN DEL TESTIGO**

Declaro, sobre la base de información y creencia, que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento (el mandante), que firmó o reconoció este Poder notarial para la atención médica en mi presencia, y que parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida. No tengo parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción con el mandante, ni como cónyuge, ascendiente directo, descendiente de los padres del mandante ni como cónyuge de ninguno de ellos. No soy directamente responsable económicamente de la atención médica del mandante. No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante tras su deceso, ya sea en virtud de un testamento o como heredero por sucesión intestada, ni soy beneficiario de una póliza de seguro de vida del mandante, ni tengo un reclamo contra el patrimonio del mandante en este momento. No soy el médico tratante del mandante, ni empleado del médico tratante. No más de un testigo es empleado de un centro de salud en el que el mandante es paciente. Este documento no me nombra agente de atención médica ni agente de atención médica sucesor.

Testigo n.º 1

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Testigo n.º 2

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR  
CONDADO DE \_\_\_\_\_

El instrumento anterior fue reconocido ante mí por el mandante el

\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Notario público de Carolina del Sur

Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_

Cortesía de CaringInfo  
[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

**DECLARACIÓN PARA CAROLINA DEL SUR: PÁGINA 1 DE 4**

**DECLARACIÓN DE DESEO DE FALLECIMIENTO NATURAL**

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre en letra de imprenta), el declarante, teniendo al menos dieciocho años de edad y siendo residente y domiciliado en la ciudad de \_\_\_\_\_, condado de \_\_\_\_\_, estado de Carolina del Sur, hago esta Declaración este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Doy a conocer intencional y voluntariamente mi deseo de que no se utilicen procedimientos de mantenimiento de la vida que prolonguen mi fallecimiento si mi afección es terminal o si me encuentro en un estado de inconsciencia permanente, y declaro:

Si en algún momento padezco una afección certificada como una afección terminal por dos médicos que me hayan examinado personalmente, uno de los cuales será mi médico tratante, y los médicos determinaron que mi fallecimiento podría ocurrir en un periodo razonablemente corto sin el uso de procedimientos de mantenimiento de la vida, o si los médicos certifican que me encuentro en un estado de inconsciencia permanente en el que la aplicación de procedimientos de mantenimiento de la vida solo serviría para prolongar el proceso de fallecimiento, doy instrucciones para que los procedimientos se suspendan o se retiren, y que se me permita fallecer de forma natural solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico necesario para proporcionarme cuidados para la comodidad.

**INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA ALIMENTACIÓN Y LA HIDRATACIÓN**

**ARTIFICIALES ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGUIENTES**

**DECLARACIONES**

Si mi afección es terminal y podría causar el fallecimiento en un plazo razonablemente corto,

\_\_\_\_\_ Doy instrucciones para que la alimentación y la hidratación SE SUMINISTREN a través de cualquier medio indicado médicamente, incluidas sondas insertadas médica o quirúrgicamente.

\_\_\_\_\_ Doy instrucciones para que la alimentación y la hidratación NO SE SUMINISTREN a través de ningún medio indicado médicamente, incluidas sondas insertadas médica o quirúrgicamente.

**ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES**

Si me encuentro en estado vegetativo persistente o padezco otra afección que suponga inconsciencia permanente,

\_\_\_\_\_ Doy instrucciones para que la alimentación y la hidratación SE SUMINISTREN a través de cualquier medio indicado médicamente, incluidas sondas insertadas médica o quirúrgicamente.

\_\_\_\_\_ Doy instrucciones para que la alimentación y la hidratación NO SE SUMINISTREN a través de ningún medio indicado médicamente, incluidas sondas insertadas médica o quirúrgicamente.

ESCRIBA  
NOMBRE Y  
DOMICILIO EN  
LETRA DE  
IMPRESA, Y  
FECHA

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA OPCIÓN

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA OPCIÓN

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



PROCEDIMIENTOS DE REVOCACIÓN

ESTA DECLARACIÓN PUEDE SER REVOCADA POR CUALQUIERA DE LOS MÉTODOS SIGUIENTES. NO OBSTANTE, UNA REVOCACIÓN NO SERÁ VÁLIDA HASTA QUE SE COMUNIQUE AL MÉDICO TRATANTE.

(1) AL RAYARLA, ROMPERLA, BORRARLA O DESTRUIRLA DE CUALQUIER OTRO MODO, EN EXPRESIÓN DE SU INTENCIÓN DE REVOCARLA, USTED O ALGUNA PERSONA EN SU PRESENCIA Y BAJO SU DIRECCIÓN. REVOCACIÓN POR DESTRUCCIÓN DE UNA O MÁS DE LAS MÚLTIPLES

DECLARACIONES ORIGINALES;

(2) MEDIANTE UNA REVOCACIÓN POR ESCRITO FIRMADA Y FECHADA POR USTED EN LA QUE EXPRESE SU INTENCIÓN DE REVOCAR;

(3) MEDIANTE SU EXPRESIÓN VERBAL DE SU INTENCIÓN DE REVOCAR LA DECLARACIÓN. UNA REVOCACIÓN VERBAL COMUNICADA AL MÉDICO TRATANTE POR UNA PERSONA QUE NO SEA USTED SOLO ES VÁLIDA SI:

(a) LA PERSONA ESTABA PRESENTE EN EL MOMENTO EN QUE SE REALIZÓ LA REVOCACIÓN VERBAL;

(b) LA REVOCACIÓN SE COMUNICÓ AL MÉDICO DENTRO DE UN PLAZO RAZONABLE;

(c) SU AFECCIÓN FÍSICA O MENTAL HACE IMPOSIBLE QUE EL MÉDICO CONFIRME, MEDIANTE UNA CONVERSACIÓN SUCESIVA CON USTED, QUE OCURRIÓ LA REVOCACIÓN.

PARA QUE SEA VÁLIDA COMO REVOCACIÓN, LA EXPRESIÓN VERBAL DEBE INDICAR CLARAMENTE SU DESEO DE QUE NO SE DÉ EFECTO A LA DECLARACIÓN O DE QUE SE ADMINISTREN PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA;

(4) SI USTED, EN EL ESPACIO ANTERIOR, AUTORIZÓ A UN AGENTE A REVOCAR LA DECLARACIÓN, EL AGENTE PUEDE REVOCAR VERBALMENTE O MEDIANTE UN INSTRUMENTO POR ESCRITO, FIRMADO Y FECHADO. UN AGENTE PUEDE REVOCAR SOLO SI USTED ESTÁ INCAPACITADO PARA HACERLO. UN AGENTE PUEDE REVOCAR LA DECLARACIÓN DE FORMAL TEMPORAL O PERMANENTE;

(5) SI USTED FIRMA OTRA DECLARACIÓN POSTERIORMENTE.

REVOCACIÓN

**DECLARACIÓN PARA CAROLINA DEL SUR: PÁGINA 4 DE 4**

FIRME Y FECHES

Firma del declarante

Fecha

**DECLARACIÓN JURADA DE LOS TESTIGOS**

ESTADO DE \_\_\_\_\_ CONDADO DE \_\_\_\_\_

Nosotros, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, los testigos abajo firmantes de la Declaración precedente, fechada el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_, al menos uno de nosotros habiendo prestado debido juramento, declaramos a la autoridad abajo firmante, sobre la base de nuestra mejor información y creencia, que la Declaración fue firmada en esa fecha por el declarante como y para su DECLARACIÓN DE DESEO DE FALLECIMIENTO NATURAL en nuestra presencia y nosotros, a petición suya y en su presencia, y en presencia el uno del otro, suscribimos nuestros nombres como testigos en esa fecha. Conocemos personalmente al declarante y creemos que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. Cada uno de nosotros afirma que está calificado como testigo de esta Declaración conforme a las disposiciones de la Ley de Fallecimiento Digno de Carolina del Sur en el sentido de que no tiene parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción con el declarante, ni como cónyuge, ascendiente directo, descendiente de los padres del declarante, ni como cónyuge de ninguno de ellos; ni es directamente responsable económicamente de la atención médica del declarante; ni tiene derecho a parte alguna del patrimonio del declarante tras su deceso, ya sea en virtud de un testamento o como heredero por sucesión intestada; ni es beneficiario de una póliza de seguro de vida del declarante; ni es el médico tratante del declarante; ni empleado del médico tratante; ni es una persona que tenga un reclamo contra el patrimonio del declarante en este momento. No más de uno de nosotros es empleado de un centro de salud en el que el declarante es paciente. Si el declarante es residente en un hospital o centro de atención de enfermería en la fecha en que se firma esta Declaración, al menos uno de nosotros es un defensor del pueblo designado por el defensor del pueblo estatal de la Oficina del Gobernador.

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

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

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

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

Suscrito ante mí por \_\_\_\_\_, el declarante, y suscrito y jurado ante mí por \_\_\_\_\_, los testigos, este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma

Notario público de \_\_\_\_\_

Mi comisión expira el: \_\_\_\_\_ SELLO

ESCRIBA EL ESTADO Y EL CONDADO EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS TESTIGOS EN LETRA DE IMPRENTA Y FECHES

LOS TESTIGOS FIRMAN AQUÍ

UN NOTARIO DEBE LLENAR ESTA PARTE DEL FORMULARIO