

Healthcare Directive / Power of Attorney for Healthcare (Directriz del cuidado de la salud / Poder legal del cuidado de la salud)

Nombre (primero, segundo, apellido)		Fecha de nacimiento: (mm-dd-aaaa)
Dirección física		Ciudad
Estado	CP	Teléfono primario

Parte 1 – Asignando su agente de salud

Si ya no puedo tomar mis propias decisiones de salud, este poder legal para el cuidado de la salud nombra a la persona que yo elija para que tome esas decisiones por mí.

Yo no deseo nombrar a un agente de salud. En su lugar, he completado la parte 3 de este documento para guiar el cuidado de mi salud si ya no soy capaz de tomar mis propias decisiones de mi salud.

Instrucciones para completar la parte 1:

Cuando asigne a su agente de salud, selecciones a alguien quien:

- tenga al menos 18 años.
- te conozca bien, a quien le tenga confianza y este dispuesto(a) a respetar sus puntos de vistas y valores.
- será un portavoz de usted y actuará según sus mejores intereses.
- sea capaz de tomar decisiones difíciles bajo circunstancias de estrés.
- que **NO** sea uno de sus proveedores de salud o un empleado de su proveedor de salud a menos que sea un familiar.

La persona que yo elijo como mi agente de salud es: (escriba en letras de molde)

Nombre (primero, segundo, apellido)		Relación	
Dirección física	Ciudad/Estado	CP	
Teléfono primario	Teléfono del trabajo		

Si este agente de salud no es capaz o no quiere tomar decisiones para el cuidado de mi salud o si mi esposo(a) esta asignado como mi agente de salud y nuestro matrimonio se anula o estamos divorciados o legalmente separados, mi siguiente opción(es) para un agente de salud es/son:

1^{er} Agente externo: (escriba en letras de molde)

Nombre (primero, segundo, apellido)		Relación	
Dirección física	Ciudad/Estado	CP	
Teléfono primario	Teléfono del trabajo		

2^{do} Agente externo: (escriba en letras de molde)

Nombre (primero, segundo, apellido)		Relación	
Dirección física	Ciudad/Estado	CP	
Teléfono primario	Teléfono del trabajo		

Healthcare Directive / Power of Attorney for Healthcare (Directriz del cuidado de la salud / Poder legal del cuidado de la salud)

Parte 2 – Autoridad general del agente de salud

Instrucciones para completar la parte 2:

Marque y ponga sus **iniciales** a todo lo que usted **no quiere** que su agente de salud haga.

Quiero que mi agente de salud:

- Tome decisiones por mí sobre mi cuidado médico o servicios incluyendo exámenes, medicamentos y cirugías. Si el tratamiento ya ha comenzado, mi agente de salud puede continuarlo o detenerlo dependiendo de mis instrucciones declaradas (por escrito) o para mi mejor interés.
- Interpretar cualquier instrucción(es) que yo haya indicado en este documento o que haya brindado en otras conversaciones sobre el entendimiento que tiene mi agente de mi cuidado de salud, mis deseos y valores.
- Revise y divulgue mis archivos médicos y archivos personales así sea necesario para mi cuidado médico.
- Coordine mi cuidado médico y tratamiento en Minnesota, Wisconsin, Iowa o cualquier otro estado que mi agente de salud crea que es apropiado.
- Determine cuáles profesionales de la salud u organizaciones me puedan cuidar.

Instrucciones para completar esta sección:

Ponga sus iniciales en la caja para “Sí”, “No” o “No aplica”

[Los estatutos de Wisconsin requieren que tome una decisión clara. Esto quiere decir que, si usted **no** selecciona una opción en Wisconsin, una orden por la corte será requerida para tomar decisiones, no su agente de salud.]

Autoridad del agente para el propósito de cuidado a largo plazo:

- Sí**, mi agente de salud tiene la autoridad de tomar la decisión sobre ingresarme a un hogar de cuidados/asilo o un lugar residencial comunitario (por ejemplo: vivienda asistida) para una estadía a largo plazo.
- No**, mi agente de salud no tiene la autoridad de ingresarme a un hogar de cuidados/asilo o a un lugar residencial comunitario para una estadía a largo plazo.

Autoridad del agente para ordenar la retención o liberación de un tubo de alimentación o de hidratación intravenosa (IV):

- Sí**, mi agente de salud tiene la autoridad de que se inicie, detenga, continúe, se mantenga o se libere un tubo de alimentación o de hidratación IV sujeto a los límites que he establecido en este documento.
- No**, mi agente de salud no tiene la autoridad de retirar de mí el tubo de alimentación o de hidratación IV.

La autoridad del agente para tomar decisiones si estoy embarazada:

- Sí**, mi agente de salud tiene la autoridad para tomar decisiones sobre mí si estoy embarazada.
- No**, mi agente de salud no tiene la autoridad de tomar decisiones sobre mí si estoy embarazada.
- No me aplica.

Healthcare Directive / Power of Attorney for Healthcare (Directriz del cuidado de la salud / Poder legal del cuidado de la salud)

Parte 3 – Declaraciones de directrices, deseos, provisiones especiales o limitaciones

Mi agente de salud deberá tomar decisiones consistentemente con mis deseos y valores declarados y es sujeto a cualquier instrucción especial o limitaciones que indique aquí. Lo siguiente son algunas instrucciones específicas para mi agente de salud y/o proveedor médico. Si hay conflictos entre mis ya conocidos valores y metas, yo deseo que mi agente tome la decisión que mejor represente mis valores y preferencias. Si requiero tratamiento en otro estado que no reconoce este poder legal para el cuidado de salud/directiva para el cuidado de la salud, o si mi agente de salud no puede ser contactado, quiero que se sigan las instrucciones enlistadas aquí basado en mi derecho común y derecho constitucional en dirigir mi propio cuidado de la salud.

Instrucciones para completar la parte 3: (Coloque sus iniciales en todas las que apliquen)

A usted no se le es requerido proporcionar cualquier instrucción escrita o tomar alguna selección en la parte 3. Si usted elige no proporcionar alguna instrucción, su agente de salud tomará las decisiones basadas en sus instrucciones verbales y conversaciones o lo que se considere sea en su mejor interés. Si usted no escribe ningún deseo en específico, su equipo médico proporcionará el mejor cuidado estándar que sea posible.

Control del dolor y síntomas:

Quiero tratamiento médico y cuidados de enfermería que me hagan sentir cómodo(a) y libre de dolor como sea posible.

Quiero que se controle mi dolor, aunque exista un resultado negativo tales como mi habilidad de pensar claramente o que acorte mi vida.

Detener los intentos de tratamientos para prolongar la vida

Si llego a un punto en donde mis proveedores médicos están razonablemente seguros de que no volveré a obtener mi habilidad de interactuar de manera significativa con mi familia, amigos y quien me rodea en el mundo (que yo no sepa quién soy, con quien estoy, o donde estoy) está es mi elección:

Yo quiero detener o suspender los tratamientos que prolonguen mi vida. Estos tratamientos incluyen, pero no se limitan a: tubos de alimentación, productos de sangre, hidratación vía IV, RCP, respirador/ventilador, antibióticos.

O

Yo quiero recibir todos los tratamientos que me puedan mantener con vida a menos que mi proveedor determine que los tratamientos me harán más daño que beneficiarme.

Reanimación cardiopulmonar (RCP):

El RCP es una parte de soporte básico de vida en la cual incluye las compresiones de pecho y choques para reiniciar el corazón. Basado en mi salud actual, esta es mi elección si se detiene mi corazón o dejo de respirar:

Yo quiero intentos de RCP **al menos** que mi proveedor determine que:
-Tengo una condición medica con ninguna oportunidad razonable de sobrevivir con RCP.
-El RCP me hará más daño que beneficio.

O

Yo **no quiero** RCP – déjenme morir de manera natural.

Intubación y ventilación mecánica:

Quiero que se realice la intubación como medida de salvar la vida si no soy capaz de respirar bien por mi propia cuenta. Un tubo de respiración se utiliza para conectarlo a un ventilador mecánico en la cual ejerce una respiración artificial. Con esto puede necesitar una traqueostomía.

Healthcare Directive / Power of Attorney for Healthcare (Directriz del cuidado de la salud / Poder legal del cuidado de la salud)

Permítanme una muerte natural si es determinado que un ventilador mecánico será necesario a largo plazo por que no puedo respirar por mi propia cuenta a pesar de los tratamientos médicos.

Parte 3 – Declaraciones de directivas, deseos, provisiones especiales o limitaciones – continuación

En cuanto mi muerte:

Autopsia (si es requerido por la ley no hay costo; si no es requerido por la ley, es a expensas de su herencia o sus bienes.):

Yo quiero una autopsia si ayudará a determinar la causa de mi muerte o el asistir con sangre a la condición medica de un familiar.

O

Yo **no quiero** que se realice una autopsia a mi cuerpo.

Donar mi órganos y tejidos (ejemplos: riñón, hígado, corazón, pulmón, ojo, piel, hueso):

Doy consentimiento para donar mis órganos y tejidos si soy candidato. Si es posible, solo quiere donar estos órganos o tejidos en específico: _____

O

Yo **no quiero** donar cualquier órgano o tejidos.

Donar mi cuerpo para investigación científica:

He hecho los arreglos con _____ para donar mi cuerpo para investigación científica.

Yo entiendo que no puedo ser un donante de órganos o tejidos.

Otra información y peticiones:

Mi plan de funeraria designado, cremación o sepultura son las siguientes:

Yo soy miembro de esta (congregación, sinagoga o grupo de adoración) y me gustaría que se les notifique de mis deseos (rituales, costumbres, sacramentos) si estoy cercano a la muerte:

Otras instrucciones para el cuidado personal (ejemplos: cortes de cabello, dentadura, lentes) o para medidas de comodidad (ejemplos: música, fotografías, cobija/almohadas) o para cuidado médico (ejemplo: transfusión de sangre, diálisis, etc.)

Healthcare Directive / Power of Attorney for Healthcare (Directriz del cuidado de la salud / Poder legal del cuidado de la salud)

Parte 4 – Dando validez legal al documento

Los residentes de **Minnesota** o **Iowa** pueden firmar este documento y con fecha en presencia de dos testigos **O** un notario público.

Los residentes de **Wisconsin** deben de firmar y ponerle fecha a este documento en la presencia de dos testigos.

Estoy pensando claramente; estoy de acuerdo con todo lo escrito en este documento y he firmado este documento en buena fe en la presencia de dos testigos o un notario público.

Firma del paciente	Fecha (mm-dd-aaaa)
--------------------	--------------------

Estoy de acuerdo con todo este documento, pero no puedo firmarlo con mi nombre. El nombre firmado a continuación en este documento fue ante mi presencia por mí.

Firma	Fecha (mm-dd-aaaa)
-------	--------------------

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)

Declaración del testigo:

Reconozco que esta persona es el individuo identificado en el documento. Reconozco que esta persona está clara mentalmente y es al menos mayor de 18 años. Yo personalmente fui testigo de la firma de este documento, y entiendo que fue realizado de manera voluntaria.

Al firmar este documento como un testigo, yo certifico, que yo:

- soy mayor de 18 años.
- no soy el agente de salud asignado por la persona que firma este documento.
- no tengo lazos de sangre, matrimonio, adopción o no soy el compañero(a) doméstico con la persona que está firmado este documento
- no soy directamente responsable financieramente por el cuidado de salud de la persona.
- no soy un proveedor de salud directamente sirviendo a esta persona en estos momentos.
- no soy un empleado (aparte del trabajador social o capellán) de una facilidad de cuidado de salud directamente sirviendo a esta persona en estos momentos.
- no estoy consciente que tengo el derecho a o tenga reclamos en contra de la herencia de esta persona.

Testigo 1

Firma	Fecha (mm-dd-aaaa)
-------	--------------------

Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)
--

Dirección	Ciudad/Estado	CP
-----------	---------------	----

Healthcare Directive / Power of Attorney for Healthcare (Directriz del cuidado de la salud / Poder legal del cuidado de la salud)

3. _____	6. _____
----------	----------