

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____



CARTA PODER PARA SERVICIOS MÉDICOS

1. Yo, _____, [nombre del paciente] designo a _____, [persona designada] cuya información de contacto es la _____ siguiente: _____, [dirección y número de teléfono] como mi apoderado para los servicios médicos. Autorizo a mi apoderado designado por medio de este documento a tomar decisiones de servicios médicos para mi persona cuando me determinen incapaz de tomar mis propias decisiones de servicios médicos. Declaro que esta Carta Poder para Servicios Médicos es una Carta Poder durable, que no se verá afectada por mi discapacidad o incapacidad, y la autoridad otorgada en la presente continuará durante cualquier período mientras esté discapacitado/a o incapacitado/a. He leído la advertencia en el Párrafo 8 de este documento y entiendo las consecuencias de la ejecución de una carta poder para servicios médicos.

- (a) En caso que _____ [1er apoderado] esté poco dispuesto o sea incapaz de actuar como mi apoderado bajo esta carta poder por cualquier razón, designo por este medio a _____ [alterno #1] cuya información de contacto es la siguiente: _____, como mi apoderado sucesor, teniendo el derecho completo de ejercer todos los poderes otorgados en la presente. Si ni _____ [1er apoderado] ni _____ [alterno #1] pueden actuar como mi apoderado, entonces designo a _____ [alterno #2], cuya información de contacto es la siguiente: _____ como el apoderado sucesor bajo esta Carta Poder para Servicios Médicos.

2. Sujeto a cualquier limitación en este documento, mi apoderado tiene la autoridad para tomar decisiones de asistencia sanitaria para mí de cualquier clase o naturaleza, incluyendo cualquier decisión con respecto a mi salud física o mental. Este poder incluirá, pero no se limitará a lo siguiente que he firmado con mis iniciales:

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

- (a) _____ Todas las cartas poder para servicios médicos incluyendo los poderes planteados en (b) - (l) abajo [si tiene iniciales no es necesario poner las iniciales (b) - (l)];
- (b) _____ El poder para servir como mi representante personal para todos los propósitos de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996, Pub. L. No. 104-191, y las regulaciones en 45 C.F.R. Sec. 160, y siguientes, y cualquier otra ley o reglamento aplicable federal, estatal o local, (colectivamente "HIPAA", por sus siglas en inglés), incluyendo el poder para solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluyendo los expedientes médicos y del hospital, y cualquier información o expedientes privados protegidos de cualquier clase, o cubierto de otra manera bajo HIPAA. Autorizo a mi apoderado ejecutar en mi nombre cualquier documento que se pueda requerir para obtener esta información, y de otra manera consentir la divulgación de esta información;
- (c) _____ El poder para establecer mi residencia, incluyendo cualquier poder referente a mi cuidado en una clínica de reposo u otra instalación aparente;
- (d) _____ El poder para seleccionar, emplear y despedir a médicos u otro personal de cuidado médico;
- (e) _____ El poder para actuar como mi Acompañante, ya sea uno o más, según lo definido por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud con el objeto de ejercer mis derechos de visitas de paciente o para designar en mi nombre a otra persona o personas para actuar como mi Acompañante o Acompañantes;
- (f) _____ El poder para ingresarme en cualquier hospital u otra institución similar para cualquier propósito, según lo determinado por mi apoderado, y para hacer arreglos para mi hospitalización, cuidado convaleciente, hospicio u otro cuidado;
- (g) _____ El poder para dar o retener consentimientos para tratamiento médico o psiquiátrico de cualquier clase o naturaleza, incluyendo los procedimientos médicos, pruebas o tratamientos, incluyendo la cirugía, y liberaciones del personal médico y otros;
- (h) _____ El poder para autorizar alivio del dolor;
- (i) _____ El poder para tomar todas las acciones que un custodio o albacea podrían tomar según la ley de Nebraska; y

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

- (j) _____ El poder para tomar, dar a conocer, implementar y hacer cumplir todas las decisiones de asistencia sanitaria que yo podría tomar si tuviera la capacidad o fuera competente, incluyendo las decisiones para elegir entre las terapias y cuidado alternativos, para ejercer o renunciar cualquier privilegio que pueda tener con respecto a la información confidencial, hospitalaria y médica y registros sobre mi diagnóstico, condición y cuidado.

TESTAMENTO VITAL

- (k) _____ Yo dispongo que mi apoderado cumpla con las siguientes instrucciones en el tratamiento de soporte vital, y nutrición e hidratación administrados de forma artificial: Si en algún momento soy incapaz de tomar decisiones de asistencia sanitaria y estoy sufriendo de una condición terminal, o estoy en un estado vegetativo persistente, dispongo que mi apoderado tenga la autoridad para consentir la retención o retiro de los procedimientos de soporte vital que servirían solamente para prolongar el proceso de muerte, para poderme permitir morir de forma natural con solamente el desempeño de cualquier cuidado rutinario necesario para mantener mi comodidad o para aliviar el dolor. Además, dispongo que mi apoderado tenga la autoridad para consentir la retención o retiro de nutrición o hidratación administrada de forma artificial, para poderme permitir morir de forma natural con solamente el desempeño de cualquier cuidado rutinario necesario para mantener mi comodidad o para aliviar el dolor.
- (l) _____ [ponga sus iniciales si tiene o desea un testamento vital] Yo no deseo que mi vida sea prolongada ni deseo que se me proporcione ni continúe tratamiento de soporte vital si mi apoderado cree que los agobios del tratamiento exceden los beneficios previstos. Quiero que mi apoderado considere el alivio del sufrimiento, el costo implicado y la calidad así como la posible extensión de mi vida al tomar decisiones referentes al tratamiento de soporte vital. Esta concesión de poder se entiende ser tan amplia como sea posible de modo que mi agente tendrá la autoridad para tomar cualquier decisión que yo podría tomar para obtener o terminar cualquier tipo de cuidado médico, incluyendo

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

el retiro de alimentos y agua y otras medidas de soporte vital, si mi agente cree que tal acción sería consistente con mi intención y deseo.

3. Cuando sea necesario implementar las decisiones de asistencia sanitaria que mi apoderado está autorizado por medio de este documento a tomar, mi apoderado tiene la autoridad de ejecutar en mi nombre cualquiera de lo siguiente:

- (a) Documentos titulados o afirmados ser un "consentimiento para permitir tratamiento", "rechazo a permitir tratamiento", o "salir del hospital contra la recomendación médica".
- (b) Un documento de renuncia o relevo de responsabilidad requerido por un hospital, médico o un proveedor de asistencia sanitaria.

4. Dispongo que mi apoderado cumpla con las siguientes instrucciones o limitaciones: Mi apoderado basará las decisiones de asistencia sanitaria en mis opciones de asistencia sanitaria que he expresado antes de la época de las decisiones. Si no he expresado opciones de asistencia sanitaria sobre el asunto en cuestión, mi apoderado basará las decisiones de asistencia sanitaria en lo que él o ella crean más me conviene.

5. La opinión de mi médico actuante será prueba concluyente que yo no tengo la capacidad de tomar decisiones de asistencia sanitaria, que estoy sufriendo de una condición terminal o que estoy en un estado vegetativo persistente a efectos de este documento.

6. Revoco por este medio cualquiera y todas las Cartas Poder para Servicios Médicos que he hecho previamente.

7. Además, si cualquier poder es ejercido por mi apoderado bajo esta Carta Poder para Servicios Médicos, dispongo que él/ella notifique a todos mi otros (apoderado nombrado/hijos/hijo) las acciones tomadas conforme a esta Carta Poder para Servicios Médicos dentro de un tiempo razonable después de que se tomen las acciones.

8. HE LEÍDO ESTA CARTA PODER PARA SERVICIOS MÉDICOS. ENTIENDO QUE PERMITE QUE OTRA PERSONA TOME DECISIONES DE VIDA Y MUERTE PARA MÍ SI NO SOY CAPAZ DE TOMAR TALES DECISIONES. TAMBIÉN ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA CARTA PODER PARA SERVICIOS MÉDICOS EN CUALQUIER MOMENTO NOTIFICANDO A MI APODERADO, A MI MÉDICO, O A LA INSTALACIÓN EN LA CUAL SOY UN PACIENTE O RESIDENTE. ADEMÁS ENTIENDO QUE PUEDO REQUERIR EN ESTA CARTA PODER PARA SERVICIOS MÉDICOS QUE EL HECHO DE MI INCAPACIDAD EN EL FUTURO SEA CONFIRMADO POR UN SEGUNDO MÉDICO.

Fechado el día _____ de _____, 20____.

_____, Causante

Declaramos que el Causante es conocido personalmente por nosotros, que el Causante firmó o reconoció su firma en esta Carta Poder para Servicios Médicos en nuestra presencia en la fecha de la notarización, que el Causante parece estar con mente sana y no bajo coacción o influencia indebida, y que ni nosotros ni el médico actuante del Causante es la persona designada como apoderado por este documento.

ESTADO DE NEBRASKA)
) ss.
CONDADO DE MADISON)

Este día_____ de _____, de 20__ , ante mí, un notario público en y para este condado, vino personalmente _____, [insertar el nombre del paciente] conocido personalmente por mí que es la persona idéntica cuyo nombre es anexado a la anterior Carta Poder para Servicios Médicos como Causante, y declaro que él/ella parece de mente sana y no estar bajo coacción ni influencia indebida, que él/ella reconoce la ejecución del mismo que es su acto libre y voluntario, y que no soy el apoderado o apoderado sucesor designado por esta Carta Poder para Servicios Médicos.

En fe de lo cual estampo mi firma y sello notarial en dicho condado el día y año escritos anteriormente.

5