

Forma Opcional de Directivo Avanzado del Cuidado de la Salud

Esta forma lo hace posible que usted puede dar instrucciones sobre su propia cuidado de la salud y/o nombrar a alguien (un agente) que puede hacer decisiones sobre su cuidado en caso si usted no es capaz de hacerlos para sí mismo en el futuro. Se puede llenar esta forma completamente o sólo unos partes. Se puede cambiar todo o parte de la forma, o usar una forma diferente. Esta forma es valida aunque usted ha firmado un poder durable y/o una declaración del derecho de morir (un testamento vital). Si desea combinar las instrucciones incluidos en estos documentos, se puede usar esta forma opcional.

Si usted sí usa esta forma, asegúrase que la firma y llena la fecha. Usted tiene el derecho de disolver (anular) o sustituir esta forma en cualquier tiempo que usted desea. Dé copias de esta forma firmada a sus proveedores e instituciones del cuidado de la salud, a cualquier agente que usted nombra, y a su familia y amigos. Si usted ya ha firmado un durable poder del cuidado de la salud válido, este documento todavia es válido.

ESTA FORMA ES OPTIONAL. Usted no necesita usar una forma, también puede decir a su médico quien usted nombra para hacer decisiones sobre su salud para usted. Si usted no ha firmado una forma o no ha hablado con su médico de quien usted desea hacer sus decisiones médicas, la ley de Nuevo México permite estas personas, en el orden que sigue, ha hacer sus decisiones médicas (si estas personas son disponibles): 1) esposo, 2) pareja significativa, 3) hijo adulto, 4) padre, 5) hermano adulto, 6) abuelo, 7) amigo íntimo.

**

1ª Parte: Durable Poder del Cuidado de la Salud

*La 1ª parte de esta forma se llama **durable poder del cuidado de la salud**. Usted puede nombrar otra persona como un agente en caso si usted no es capaz de hacer sus propias decisiones.. Usted debe hablar con la persona que usted va a nombrar como su agente para asegurarse que él entiende sus deseos y está dispuesto a ser su agente. También se puede nombrar agentes suplentes en caso si su primer agente no puede, o no es dispuesto a, hacer decisiones médicas para usted. Su agente **NO** puede ser el dueño, el operador, o un empleado de la institución en que usted está recibiendo asistencia a menos que su agente es un relativo suyo.*

Esta forma tiene un lugar en donde se puede limitar el poder de su agente. Si usted no pone limitaciones en la autoridad de su agente, su agente puede hacer todas las decisiones sobre el cuidado de la salud para usted.

DESIGNACIÓN DEL AGENTE :Yo nombro a la siguiente persona como mi agente que puede hacer decisiones sobre el cuidado de la salud por mí:

(Nombre del agente)

(Dirección) _____

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Número de teléfono de casa)
(trabajo)

(Número de teléfono de

Si yo revocó la autoridad de mi agente, o si mi agente no puede o no es disponible a hacer una decisión por mí, yo apunto a las siguientes personas, en el orden que sigue, como mis agentes alternativas.

(Nombre de primer agente alternativo)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Número de teléfono de casa)

(Número de teléfono de trabajo)

(Nombre de segundo agente alternativo)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Número de teléfono de casa)

(Número de teléfono de trabajo)

AUTORIDAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado a obtener y revisar mis registros médicos, reportes, e información sobre mí, incluyendo información médica que está protegida debajo de las Regulaciones de Privacidad de HIPAA y otros leyes federales y locales Y a hacer todas las decisiones médicas por mí, excepto las que nombro aquí:

(Agregue páginas adicionales si es necesario):

Si usted no limita la autoridad de su agente, su agente tendrá el derecho de dar consentimiento o rechazar consentimiento para cualquier tratamiento, servicio, o procedimiento médica como:

- (1) la selección y el descargo de proveedores médicos y instrucciones y decisiones sobre la hospitalización, la atención de enfermería, y la asistencia en casa;
- (2) la aprobación o la desaprobación de investigaciones diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, programas de medicinas, y órdenes de no resucitar;
- (3) direcciones relativas a el tratamiento para mantener la vida, incluyendo la retención o la retirada de tratamientos para mantener la vida y la terminación de los aparatos para prolongar la vida; y
- (4) órdenes para la provisión, la retención, o la retirada de la nutrición e la hidratación artificial y todas otras formas de la asistencia médica.

CUANDO LA AUTORIDAD DEL AGENTE SE HACE EFECTIVO: La autoridad de mi agente se hace efectivo cuando mi médico y uno otro profesional cualificado determinan que yo ya no soy capaz de hacer o comunicar mis propias decisiones del cuidado de la salud.

[] **Si yo inicialo esta caja, la autoridad de mi agente para tomar decisiones por mi surte efecto inmediatamente.**

RESPONSABILIDAD DEL AGENTE: Mi agente hará decisiones médicas por mí basada en este poder durable del cuidado de la salud, cualquier instrucción médica específica que yo doy, y mis otros deseos sobre mi salud a la medida conocida a mi agente. Si mis deseos son desconocidos, y no se pueden determinar, mi agente hará mis decisiones por mí basada en mi mejor interés. Para determinar lo que es en mi mejor interés, mi agente examinará mis valores personales a la medida conocida.

DURABILIDAD: Este directivo avanzado del cuidado de la salud, incluyendo pero no limitado a el poder del cuidado de la salud, sigue efectivo desde la fecha de su firma a menos que lo revocó o me muero.

2a Parte: Instrucciones para el Cuidado de la Salud

Si usted esta satisfecho para permitir que su agente determine lo que es lo mejor en tomar decisiones sobre el final de la vida, no es necesarion llenar esta forma. Si decide llena esta forma, se puede quitar partes que no quiere.

DECISIONES SOBRE EL FINAL DE VIDA: Si yo soy incapaz de hacer o comunicar mis decisiones sobre mi cuidado de la salud, y **SI:** (a) tengo una enfermedad incurable y irreversible que va a resultar en mi fallecimiento en un tiempo relativamente corto; *O* (b) pierdo la conciencia y, a un grado razonable de certeza médica, no voy a recuperar conciencia, *O* (c) los riesgos y cargas probables del tratamiento son superiores a los beneficios esperados, **EN AQUEL TIEMPO** dirijo que mis proveedores del cuidado de la salud, y los otros implicados en mi cuidado, proveen, retienen, o rechazan tratamiento en acuerdo con la elección que yo he iniciado abajo en **una** de las siguientes tres cajas.

[] **(a) Escojo prolongar vida:** Quiero que mi vida sea prolongada lo más posible adentro de

las limitaciones de las normas generalmente aceptadas de la atención médica. O

(b) **Escojo NO prolongar vida:** No quiero que mi vida sea prolongada. Entiendo que “NO prolongar vida” significa que yo no quiero ningún tipo de aparato para prolongar la vida.
O

(c) **Escojo que mi agente va a decidir:** Mi agente, en acuerdo con el poder del cuidado de la salud puede hacer las decisiones sobre los tratamientos del apoyo de la vida

(7) **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL:** Si escogí “NO prolongar vida”, también selecciono, por mis iniciales abajo, que:

Inicia sus deseos en estas cajas:

Yo SÍ quiero nutrición artificial (comida). O

Yo NO quiero nutrición artificial (comida).

Yo SÍ quiero hidratación artificial (agua). O

Yo NO quiero hidratación artificial (agua).

ALIVIO DE DOLOR: A pesar de las opciones que yo he escogido en esta forma y excepto como índico en el espacio que sigue, yo directo que me dan lo mejor cuidado de la salud posible para mantenerme limpio, confortable, y libre de dolor o incomodidad en todos tiempos para que mi dignidad sea mantenido, incluso si este cuidado acelera mi fallecimiento:

(Agregue páginas adicionales si es necesario):

DESIGNACIÓN DE DONACIONES ANATÓMICAS: A mi muerte yo selecciono, tal como está indicado abajo, si elijo hacer una donación anatómica de todos o unos de mis órganos o tejido:

Inicia sólo una de estas cajas:

YO ELIJO hacer una donación anatómica de todos mis órganos y tejido que son seleccionados por idoneidad médica al tiempo de mi fallecimiento, y que los aparatos para prolongar la vida será mantenido hasta que los órganos puedan ser separados.

YO ELIJO hacer una donación anatómica parcial de unos de mis órganos o tejido como esta especificado abajo, y que los aparatos para prolongar la vida será mantenido hasta que los órganos puedan ser separados. Los siguientes órganos y tejido pueden ser donados:

YO DENEGO hacer una donación anatómica de cualquier de mis órganos o tejido.

YO ELIJO que mi agente decide.

(10) OTRAS INSTRUCCIONES Y DESEOS DE MI CUIDADO: Si usted desea dejar instrucciones específicos sobre cualquier aspecto de su cuidado de la salud y su tratamiento, incluyendo sus decisiones sobre el final de vida, usted puede escribirlas aquí. Yo directo que:

(Agregue páginas adicionales si es necesario)

3ª Parte: Designación de Médico de Cabecera(s)

Yo designo el siguiente medico como mi médico primario. Si él/ella no está disponible, o no se puede actuar como mi médico primario, designo el siguiente medico como mi médico primario:

(Nombre del médico):

(Nombre del alternativo):

(Dirección):

(Dirección):

(Ciudad, Estado, Código Postal):

(Ciudad, Estado, Código):

(Teléfono):

(Teléfono):

OTRAS PROVISIONES: Yo revoco cualquier forma previa de directivo avanzado del cuidado de la salud.

Esta forma de directivo avanzado del cuidado de la salud será efecto sobre mi discapacidad o

incapacidad, al menos que he inicialado la caja apropiada en *Parte I*, en ese caso, la autoridad de mi agente se pone efecto inmediatamente.

COPIAS DE ESTA FORMA: Una copia de esta forma tiene el mismo efecto que el original.

REVOCACIÓN: Puedo revocar mis instrucciones del cuidado de la salud (secciones 6- 10 de esta forma) en cualquier tiempo y en cualquier manera que muestra mi intención de hacerlo. Puedo revocar el nombramiento de mi agente debajo de mi poder del cuidado de la salud (sección 1 de esta forma) por una escritura firmada o por una discusión con mi médico. Si yo revoco parte de esta forma o la forma entera, debo notificar a mi médico, a mi agente, y a cualquier institución en donde estoy recibiendo asistencia, y a todos que yo he dado copias de este documento.

FIRMA Y FECHA DE PRINCIPAL (PACIENTE):

(Firma)

(Fecha)

(Escribe su nombre)

(Número de seguro social-
Opcional- para verificar su identidad)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

FIRMA DE TESTIGOS:

Esta forma no necesita tener testigos para ser válido legalmente. Testigos son recomendados para evitar cualquier preocupación que este documento era falsificado, que estabas forzado a firmarlo, o que no representa realmente sus deseos.

(Firma de primer testigo)

(Firma de segundo testigo)

(Nombre escrito de primer testigo)

(Nombre escrita de segundo testigo)

(Fecha)

(Fecha)

(Dirección de primer testigo)

(Dirección de segundo testigo)