

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS

Es importante escoger a alguien que haga decisiones por usted para el cuidado de salud cuando usted no pueda dirigir su propio cuidado. Estas decisiones para el cuidado de salud deben de reflejar sus valores, creencias y preferencias en cuanto a sus necesidades espirituales, emotivas y físicas. La persona que usted escoja tiene la responsabilidad moral y ética de asegurar que sus deseos del cuidado de salud sean reconocidas.

Yo, _____, el Poderdante, designo a _____ como mi agente.

____ Poniendo mis iniciales aquí, específicamente autorizo a mi agente para asuntos relacionados con mi cuidado de salud, incluyendo, y sin limitaciones, dar o denegar consentimiento a médico, quirúrgico, hospital y relacionado cuidado de salud, y opcionalmente, decisiones del cuidado de salud mental. Esta carta poder médica es efectiva si no soy capaz de hacer o comunicar decisiones de mi cuidado de salud. Una vez que la carta poder es efectiva, todas la acciones de mi agente bajo este poder tiene el mismo efecto en mis herederos, legatarios y representantes personales como si yo estuviera en vida, competente y actuando por mí mismo. Este nombramiento es efectivo sólo y hasta que sea anulado por mí o por orden de la corte.

CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS MENTALES (opcional)

____ Poniendo mis iniciales aquí, si estoy incapaz (como fue decidido por un psiquiatra o psicólogo licenciado en Arizona después de una evaluación), específicamente autorizo a mi agente el poder de hacer lo siguiente donde he puesto mis iniciales o marcado:

- ____ Recibir información respecto a mi tratamiento de salud mental que se ha propuesto para mí y recibir, revisar y dar consentimiento para divulgar mis expedientes médicos relacionados con ese tratamiento.
- ____ Dar consentimiento a la administración de los medicamentos recomendados por mi médico de cabecera.
- ____ Internarme en un programa de hospitalización psiquiátrica si lo ordena mi médico.
- ____ Internarme en un programa parcial de hospitalización psiquiátrica si lo ordena mi médico.

Este nombramiento es efectivo sólo que y hasta que sea anulado por mí o por orden de la corte.

LETRA IMPRENTA DEL NOMBRE, DOMICILIO, NÚMERO(S) TELEFÓNICOS

Nombre: _____
Domicilio: _____
Número Telefónico _____ Número Celular _____ Número del Trabajo _____

Si el agente mencionado no está dispuesto o es incapaz de servir o continuar a servir, por la presente nombro a la siguiente persona:

LETRA IMPRENTA DEL NOMBRE DEL AGENTE, DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO(S) (Opcional)

Nombre: _____
Domicilio: _____
Número Telefónico _____ Número Celular _____ Número del Trabajo _____

Favor de Marcar Uno: ____ he completado ____ no he completado un testamento en vida al reverso de esta forma para proveerle dirección específica a mi agente. Mi agente tiene mi dirección de seguir esas elecciones donde puse mis iniciales en el testamento en vida.

____ Notificaré a mi agente(s) y conversaré con ellos con respecto a mis deseos del cuidado de salud.

Esta directiva del cuidado de salud se ha hecho bajo la Sección 36-221 Arizona Revised Statues y continua en efecto para todos los que dependen de el con excepción de esos que he notificado de su anulación. **ESTE DOCUMENTO SE PODRÍA CAMBIAR POR EL PODERDANTE ÚNICAMENTE MIENTRAS ESTÉ COMPETENTE.**

Firma de Poderdante: _____ Fecha: _____

Declaración del Testigo: Yo afirmo que tengo por lo menos 18 años de edad, no soy relacionado al Poderdante, no tengo conexiones con finanzas de los bienes del Poderdante y no soy responsable para directamente administrar tratamientos para el cuidado de salud del Poderdante. Adicionalmente afirmo estar presente cuando esta carta poder para atención médica fue firmada y fechada. El Poderdante aparenta pleno uso de sus facultades mentales y libres de coerción

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Este documento puede ser notariado en lugar de atestiguar.

En este ____ día de ____ en el año de ____ compareció ante mí la persona que firma, conocido por mí ser la persona quien completó este documento y se reconoce como su acto y escritura libre. EN FE DE LO ACTUAL, suscribo, fijo mi sello oficial en el Condado de _____, Estado de _____, en la fecha escrita anteriormente.

Notario Público _____

TESTAMENTO EN VIDA

Yo, _____, como poderdante, quiero que mi médico y familia consideren todas las dimensiones de mí ser: espiritual, emotivo y físico cuando sigan mis directivas del cuidado de salud. Dirijo a los que estén involucrados en mi cuidado de salud que implementen mis preferencias en mi cuidado de salud, como se indican abajo, o por mi subrogado o agente de mi cuidado de salud si no puedo hablar por mi mismo.

Quiero que mis médicos provean cuidado holístico y me ayuden en mantener una calidad de vida aceptable, incluyendo manejo adecuado para el dolor, cuidado cómodo, y hospicio como sea apropiado. Para mí una calidad de vida inaceptable es cuando tenga algunas de las siguientes condiciones (marque todas las que aplican):

- Condición Inconsciente Persistente:** Estoy totalmente ignorante de la gente o alrededores con poca posibilidad de nunca despertar por una coma crónica o un estado vegetativo persistente.
- Confusión Permanente:** Llego a ser incapaz de recordar, entender o hacer decisiones. No reconozco seres queridos.
- Dependencia casi o total en todas las Actividades de la Vida Diaria:** Ya no soy capaz de hablar claramente o moverme por mi mismo. Dependo de otros para alimentación, bañar, vestir y caminar.
- Estadía Final de una Enfermedad:** Tengo una enfermedad que ha llegado a la estadía final.
- Otro:** _____

PONGA SU INICIAL EN EL NÚMERO 1 O NÚMERO 2 PERO NO EN LOS DOS.

1. Directivas para Permitir Muerte Natural:

(a) Si los tratamientos que sugieren mis médicos no me reponen de una calidad de vida inaceptable, como fue definido por mí anteriormente, hay algunos procedimientos que **no quiero** para que se me permita morir naturalmente (indique poniendo sus iniciales):

_____ **RCP (Resucitación Cardiopulmonar):** No quiero que intenten reponer mi latido del corazón y mi respiración después que hayan cesado y he muerto.

_____ **Ventilación Artificial:** No quiero uso continuo de una máquina para respirar.

_____ **Diálisis de Riñón:** No quiero diálisis de riñón.

_____ No quiero **Medicamentos** que mantengan los pulmones, corazón, riñones y otros órganos trabajando.

_____ **Tratamientos de Nuevas Condiciones:** No quiero cirugía, transfusiones de sangre, o antibióticos que tienen que ver con nuevas enfermedades/complicaciones, pero no cambiarán el curso de la enfermedad principal.

_____ **Alimentación por Sonda/Fluidos por VIV:** No quiero que usen tubos para suministrar agua/comida a mi estómago o fluidos por VIV, que pueda incluir administración artificial de nutrición e hidratación dentro de mis venas, si es determinado médicamente fútil.

_____ **Otro:** _____

(b) Si el tratamiento que sugiere mi médico no me reponen de una calidad de vida inaceptable, como fue definido por mí anteriormente, hay algunos procedimientos que **sí quiero** para que se me permita morir naturalmente (indique poniendo sus iniciales):

_____ **Sólo Cuidado Cómodo:** Si tengo una condición terminal no quiero que se me prolongue la vida y no quiero tratamiento para sostener la vida más allá del cuidado cómodo que sólo serviría para artificialmente retardar el momento de mi muerte.

_____ **Tratamiento Hasta que mi Condición Médica sea Razonablemente Conocida:** No obstante a las direcciones que he hecho en esta Testamento de Vida, quiero todo el cuidado médico necesario para tratar mi condición médica hasta que mis médicos y mi agente razonablemente concluyan que mi condición es tal que el tratamiento no me repondrá de una calidad de vida inaceptable.

2. Directiva para Sostener Mi Vida: Quiero que mi vida sea prolongada al mayor extenso posible.

Firma del Poderdante: _____ Fecha: _____

Declaración del Testigo: Yo afirmo que tengo por lo menos 18 años de edad, no soy relacionado al Poderdante, no tengo conexiones con finanzas de los bienes del Poderdante y no soy responsable para directamente administrar tratamientos para el cuidado de salud del Poderdante. Adicionalmente afirmo estar presente cuando esta carta poder para atención médica fue firmada y fechada. El autor de este documento aparenta pleno uso de sus facultades mentales y libres de coerción.

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Este documento puede ser notariado en lugar de atestiguar.

En este _____ día de _____ en el año _____ compareció ante mí la persona que firma, conocido por mí ser la persona quien completó este documento y se reconoce como su acto y escritura libre. EN FE DE LO ACTUAL, suscribo, fijo mi sello oficial en el Condado de _____, Estado de _____, en la fecha escrita anteriormente.

Notario Público _____