

# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombramiento de su agente  
de atención médica  
en el estado de Nueva York

La New York Health Care Proxy Law (Ley de poder de atención médica) le permite elegir a alguien en quien

# Acerca del formulario del Poder de atención médica

**Este es un documento legal importante. Antes de firmar, debe entender lo siguiente:**

1. Este formulario concede a la persona que usted seleccione como su agente la autoridad de tomar todas sus decisiones de atención médica, incluida la decisión de retirar o proporcionar el tratamiento de soporte vital, salvo que usted lo indique de otra manera en este formulario. "Atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su agente conozca de manera razonable sus deseos acerca del suministro de nutrición e hidratación artificial (alimentos y agua proporcionados por medio de una sonda o línea intravenosa), no estará autorizado para rechazar o autorizar este tratamiento en su caso.
3. Su agente empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desearía recibir o los tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones se pueden utilizar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones que ~~debe~~

## Preguntas frecuentes

### **¿Por qué debo elegir a un agente atención médica?**

Si usted ya no tiene la capacidad, incluso temporalmente, de tomar decisiones de atención médica, alguien debe tomar esas decisiones por usted. Los proveedores de atención médica con frecuencia buscan a los miembros de la familia para que los orienten. Los miembros de la familia podrían expresar lo que ellos piensan que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Nombrar a un agente le permite tener el control de sus decisiones de atención médica.





# INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO PARA EL PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

## **Punto (1)**

Escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien designa como su agente.

## **Punto (2)**

Si desea designar a un agente alternativo, escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien selecciona como su agente alternativo.

## **Punto (3)**

Su poder de atención médica continuará siendo válido por tiempo indefinido, salvo que usted establezca una fecha de vencimiento o condiciones para su expiración. Esta sección es opcional y únicamente se deberá llenar si desea que su poder de atención médica expire.

## **Punto (4)**

Si tiene instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Asimismo, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, puede expresarlo aquí o hablar con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica que usted podría haber tomado, incluida la decisión de autorizar o rechazar el tratamiento de soporte vital.

Si desea conceder autoridad plena a su agente, puede hacerlo directamente en el formulario. Escriba: Hablé acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y mi agente alternativo, de modo que ellos conocen mis deseos, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

Si desea impartir instrucciones más específicas, podría decir:

Si llego a padecer una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento.

Si me encuentro en estado de coma o si mi capacidad de comprensión y conciencia es casi nula, sin esperanza de recuperación, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tipos de tratamiento:...

Si sufro daño cerebral o padezco una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas ni hablar, y no haya esperanza de que mi condición mejore, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tratamientos:...

Hablé con mi agente acerca de mis deseos en relación con \_\_\_\_\_ y deseo que mi agente tome todas las decisiones acerca de estas medidas.

A continuación presentamos una lista de los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales posiblemente desee dar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

-

# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

(1) Yo,

por este medio nombro a

(nombre, dirección y número telefónico)

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) **Opcional: Agente alternativo**

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por este medio nombro a

(nombre, dirección y número telefónico)

**(5) Su identificación** (en letra de molde)

Su nombre

Su firma

Fecha

Su dirección

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos**

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

(marque la opción que corresponda)

Cualquier órgano o tejido que se necesite

Los siguientes órganos o tejidos

Limitaciones

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma

Fecha

**(7) Declaración de testigos** (Los testigos deben tener al menos 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

**Testigo 1**

Fecha

Nombre (en letra de molde)

Firma

Domicilio

**Testigo 2**

Fecha

Nombre (en letra de molde)

Firma

Domicilio