

Directiva anticipada/Poder notarial para atención médica: TEXAS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Números de teléfono: (fijo) _____; (celular) _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Marque al menos **UNA** opción del **Paso 1** y **Paso 2**, y complete el **Paso 3**

Paso 1: Elegir un agente de atención médica.

MARQUE **UNA** O **DOS** OPCIONES

Elijo a _____; Relación _____;
(número de teléfono - - -) o (correo electrónico _____) como mi agente de atención médica primario para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo.

Elijo a _____; Relación _____;
(número de teléfono - - - o correo electrónico _____) como mi agente de atención médica secundario para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo y mi agente de atención médica primario no pueda prestar servicio.

Paso 2: Proporcionar orientación a mi agente de atención médica y médicos.

Al trabajar juntos para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento y los planes para mi atención médica, tenga en cuenta mis preferencias generales que se describen a continuación:

MARQUE SOLO **UNA** OPCIÓN

- En este momento, no estoy seguro con cuáles de las siguientes afirmaciones estoy más de acuerdo. Confío en que mi agente de atención médica hará lo que sea mejor para mí.
- Quiero seguir viviendo incluso si mi calidad de vida parece ser mala para los demás y no pueda comunicarme con las personas. En general, aceptaría asistencia respiratoria, para el corazón y la función renal mediante máquinas que requieran que esté en un hospital o en una unidad de atención especial.
- La vida es preciosa, pero entiendo que todos morimos alguna vez. Quiero vivir siempre que pueda interactuar con los demás y disfrutar de una cierta calidad de vida. Aceptaría tratamientos intensivos solo si tuviese una posibilidad razonable de mejorar. Rechazaría la asistencia a largo plazo con medicamentos o máquinas intensivas si mi calidad de vida se viera empobrecida y no pudiese comunicarme con las personas.
- Para mí es muy importante evitar el sufrimiento. No quiero tratamientos médicos extraordinarios, como respiradores o reanimación cardiopulmonar (RCP). Si mis funciones corporales naturales fallan, rechazaría los tratamientos y elegiría morir de manera natural.

¿Hay algo que sus médicos deberían saber sobre usted para poder brindarle la mejor atención médica posible?

DURACIÓN

Entiendo que este poder notarial existe de manera indefinida a partir de la fecha en que lleno y firmo este documento, a menos que establezca un plazo más corto o revoque el poder notarial. Si no puedo tomar decisiones relacionadas con la atención médica cuando expire este poder notarial, la autoridad que le he otorgado a mi agente continuará existiendo hasta el momento en que pueda tomar decisiones relacionadas con la atención médica por mi cuenta.

(SI CORRESPONDE) Este poder notarial expira en la siguiente fecha: ____/____/____

DESIGNACIONES ANTERIORES REVOCADAS: Revoco cualquier poder notarial para atención médica anterior.

Directiva anticipada/Poder notarial para atención médica: TEXAS

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

ESTE PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DEBE CONOCER ESTOS DATOS IMPORTANTES:

Excepto que se indique lo contrario, este documento otorga a la persona que designe como su agente la autoridad suficiente para tomar todas y cada una de las decisiones relacionadas con la atención médica de acuerdo con sus deseos, incluidas sus creencias religiosas y morales, cuando usted no pueda tomar la decisión por sus propios medios. Debido a que «atención médica» significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su afección física o mental, su agente tiene el poder de tomar una gran variedad de decisiones relacionadas con la atención médica por usted. Su agente puede otorgar, negar o retirar su consentimiento respecto de tratamientos médicos y puede tomar decisiones sobre la cancelación o suspensión del tratamiento de soporte vital. Su agente no puede dar su consentimiento respecto de servicios voluntarios de salud mental para pacientes hospitalizados, tratamientos electroconvulsivo, psicocirugía o aborto. Un médico debe cumplir con las instrucciones de su agente o permitir que lo deriven a otro médico.

La autoridad de su agente es efectiva en caso de que su médico certifique que no tiene la competencia necesaria para tomar decisiones relacionadas con la atención médica.

Al momento de tomar decisiones en su nombre, su agente está obligado a seguir sus instrucciones. A menos que usted indique lo contrario, su agente tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica que la que tendría usted si pudiese tomar decisiones relacionadas con la atención médica por sus propios medios.

Es importante que analice este documento con su médico u otro proveedor de atención médica antes de firmarlo para asegurarse de comprender la naturaleza y el rango de decisiones que se pueden tomar en su nombre. Si no tiene un médico, debe hablar con otra persona que conozca sobre estos temas y que pueda responder sus preguntas. No necesita el asesoramiento de un abogado para completar este documento, pero si hay algo en este documento que no comprende, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que designe como agente debe ser alguien que conozca y en quien confie. La persona debe ser mayor de 18 años de edad o una persona menor de 18 años emancipada. Si designa a su proveedor de atención médica o residencial (p. ej., su médico o un empleado de una agencia de atención médica domiciliaria, hospital, centro de enfermería o centro de atención residencial, que no sea un pariente), esa persona tiene que elegir entre actuar como su agente o como su proveedor de atención médica o residencial; la ley prohíbe que una persona preste ambos servicios al mismo tiempo.

Debe informar a la persona que designe que desea que sea su agente de atención médica. Debe analizar este documento con su agente y su médico, y entregar a cada uno una copia firmada. Debe indicar en el documento las personas e instituciones que desea que tengan copias firmadas. Su agente no es responsable de las decisiones relacionadas con la atención médica que se toman de buena fe en su nombre.

Una vez que haya firmado este documento, tiene derecho a tomar decisiones relacionadas con la atención médica por usted mismo, siempre y cuando sea capaz de tomar esas decisiones; y no se le podrá administrar ni interrumpir un tratamiento contra su voluntad. Tiene el derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente informándolo verbalmente o por escrito a su agente o a su proveedor de atención médica o residencial, o llenando y firmando un poder notarial para atención médica posterior. Salvo que indique lo contrario en este documento, la designación de un cónyuge se revoca en caso de que su matrimonio se disuelva, anule o se declare inválido.

Este documento no se puede cambiar ni modificar. Si desea realizar cambios en este documento, debe llenar y firmar un nuevo poder notarial para atención médica.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Directiva anticipada/Poder notarial para atención médica: TEXAS

ESTE PODER NOTARIAL NO ES VÁLIDO A MENOS QUE: (1) LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES O (2) LO FIRME Y CERTIFIQUE SU FIRMA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO; LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO UNO DE LOS TESTIGOS:

- (1) la persona que ha designado como su agente
- (2) parientes consanguíneos o cónyuge
- (3) una persona con derecho a cualquier parte de su patrimonio tras su fallecimiento bajo un testamento o codicilo ejecutado por usted o por ley
- (4) su médico de cabecera
- (5) un empleado de su médico de cabecera
- (6) un empleado de un centro de atención médica donde usted es paciente, si el empleado le brinda atención médica directa al paciente o es un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica
- (7) una persona que, al momento de llenar y firmar este poder notarial para atención médica, tiene una reclamación contra cualquier parte de su patrimonio tras su fallecimiento.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido la información que contiene la declaración de divulgación anterior.

Paso 3: Completar y firmar el formulario delante de YA SEA 1) dos testigos O BIEN 2) notario público

Firma _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Opción 1 - Dos testigos

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de Texas, que:

- No soy la persona designada como agente por este documento.
- No soy pariente consanguíneo ni cónyuge del paciente.
- No tendría derecho a ninguna parte del patrimonio del paciente en caso de su fallecimiento.
- No soy el médico de cabecera del paciente ni un empleado del médico de cabecera.
- No tengo ninguna reclamación contra ninguna parte del patrimonio del paciente en caso de su fallecimiento.
- Si soy empleado de un centro de atención médica en donde la persona es paciente, no soy responsable de brindar atención médica directa al paciente y no soy un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención de salud.

Firma _____

Firma _____

Nombre: _____

Nombre : _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Directiva anticipada/Poder notarial para atención médica: TEXAS

Opción 2 - Notario Público

SIGNATURE ACKNOWLEDGED BEFORE NOTARY

I sign my name to this medical power of attorney on _____

(City and State)

(Signature)

State of Texas County of

(Print Name)

This instrument was acknowledged before me on (name of person acknowledging).

(_____) by

NOTARY PUBLIC, State of Texas

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____