

## PODER (MÉDICO) PARA LA ATENCIÓN DE SALUD

Es importante que usted elija una persona para que tome por usted las decisiones de atención de salud cuando usted no pueda hacerlo. **Dígale lo que usted desearía a la persona (apoderado) que usted elige.** Esta persona tiene derecho a tomar cualquier decisión para asegurar que se cumplan sus deseos. Si usted NO DESEA elegir a una persona para que tome las decisiones por usted, las leyes del estado de Arizona le otorga el poder de subrogación para la toma de decisiones médicas a las siguientes personas en este orden y según su disponibilidad: 1) el cónyuge del paciente, 2) el hijo(a) adulto(a) del paciente, 3) el padre o madre del paciente, 4) la pareja de hecho del paciente, 5) un hermano o hermana del paciente, 6) un amigo(a) cercano(a) del paciente, 7) el médico que lo atiende luego de haber consultado al “Comité de Ética”.

Un representante que no sea nombrado su apoderado o tutor no puede tomar decisiones como retirar la administración artificial de alimentos o líquidos.

Yo, \_\_\_\_\_, como mandante designo a \_\_\_\_\_ como mi apoderado para los temas relacionados a mi atención médica, incluyendo entre otros el poder total para dar o rechazar el consentimiento para atención médica, quirúrgica, hospitalaria o atención de salud relacionada. Este poder es efectivo SÓLO si yo me encuentro incapacitado para tomar o comunicar mis decisiones con respecto a la atención médica. Deseo que mi apoderado sea tratado como yo lo sería con respecto a mis derechos relacionados al uso y divulgación de información de salud identificable u otros registros médicos. Autorizo a cualquier proveedor a divulgar a mi apoderado, sin restricción, mi información de salud identificable y registros médicos para asistir a dicho representante en la toma de decisiones en virtud del presente poder. Las acciones de mi apoderado en virtud de este poder tienen el mismo efecto sobre mis herederos, legatarios y representantes personales que si yo me encontrara vivo, fuera competente y actuara por mí mismo.

DIRECCIÓN, NUMERO TELEFÓNICO Y RELACIÓN DEL APODERADO en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección Relación Número telefónico

Si el apoderado anterior no desea o no puede desempeñarse o seguir desempeñándose, por el presente designo a \_\_\_\_\_ como mi apoderado.

DIRECCIÓN, NUMERO TELEFÓNICO Y RELACIÓN DEL APODERADO ALTERNATIVO en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección Relación Número telefónico

\_\_\_\_\_ Deseo \_\_\_\_\_ No deseo ser un donante de órganos y tejidos.

\_\_\_\_\_ He \_\_\_\_\_ No he completado el testamento vital médico para brindar órdenes específicas a mi apoderado. Se ordena a mi apoderado cumplir con esas elecciones. He colocado mis iniciales en el testamento vital médico.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Testigo:

Yo afirmo que me encontraba presente cuando se firmó (marcó) este documento y creo que la persona se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y que ha completado este documento en forma voluntaria. Soy una persona adulta, no tengo relación por sangre, matrimonio o adopción con el/ella y no soy un apoderado nombrado en este documento. No soy, según mi conocimiento, beneficiario de su testamento o codicilo y no tengo derecho alguno a su caudal hereditario. No participo en forma directa de su atención de salud.

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Lleve una copia de este formulario con usted cada vez que va al hospital o sale de viaje