

Formulario de designación del Representante del Paciente

*Instrucciones anticipadas
para la atención médica*

*Poder duradero para la
atención médica*



NOTA:

En esta página, designe a alguien para que actúe en su nombre en lo relativo a su atención, cuidado y tratamiento.

Esa persona se conoce como “Representante del Paciente”. Puede designar a cualquier persona que sea mayor de 18 años y que esté en pleno uso de sus facultades.

También puede designar a una o más personas para que actúen en su representación en caso de que la primera persona designada no pueda hacerlo.

Si cambia de opinión, puede revocar la designación del Representante del Paciente en cualquier momento.

A mis familiares, médicos y todos los involucrados en mi atención:

Estas instrucciones expresan mi voluntad con respecto a la atención médica. Quiero que mis familiares, médicos y cualquier otra persona involucrada en mi atención actúen de acuerdo con ellas.

Designación del Representante del Paciente

Designo a la siguiente persona como mi Representante del Paciente:

Nombre del Representante del Paciente: _____

Dirección: _____

Designación de Sustitutos del Representante del Paciente:

Designo a las siguientes personas, en el orden indicado, como Sustitutos de mi Representante del Paciente en caso de que mi Representante del Paciente no acepte la designación, quede incapacitado, renuncie o su designación sea revocada. El Sustituto de mi Representante del Paciente tendrá los mismos poderes y derechos que mi Representante del Paciente.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Mi Representante del Paciente o Sustituto de mi Representante del Paciente podrá delegar sus poderes al siguiente Representante Sustituto en caso de incapacidad.

Mi Representante del Paciente o Sustituto de mi Representante del Paciente sólo podrá actuar en caso de que yo no pueda participar en la toma de decisiones sobre mi tratamiento médico.

Instrucciones para la atención

1) Instrucciones generales

Mi Representante del Paciente tendrá la facultad de tomar todas las decisiones y medidas relativas a mi atención, cuidado y tratamiento, incluidas, entre otras, las siguientes:

- a. Tener acceso a mi información médica y otros datos personales, obtener copias de ellos y autorizar su divulgación.
- b. Contratar y despedir médicos, enfermeros, terapeutas y cualesquier otros proveedores de atención médica, y disponer el pago de una compensación razonable a dicho personal.
- c. Aceptar, rechazar o privarme de cualquier atención médica o procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico, u otro tratamiento de cualquier tipo o naturaleza, incluso tratamientos de soporte vital. Entiendo que los tratamientos de soporte vital incluyen, entre otros, la respiración por medio de una máquina y la alimentación e hidratación a través de tubos. También entiendo que estas decisiones pueden provocar mi muerte. He dejado instrucciones específicas relacionadas con tratamientos de soporte vital en la siguiente sección.

2) Instrucciones específicas

Al tomar decisiones de atención médica por mí, mi Representante del Paciente deberá guiarse por lo que le he dicho acerca de mis preferencias personales sobre mi atención. Algunas de mis preferencias están registradas en las siguientes páginas.

A. Instrucciones específicas sobre el tratamiento de soporte vital

Entiendo que no tengo obligación de elegir una de las instrucciones sobre el tratamiento de soporte vital detalladas en las siguientes páginas. Si elijo una, confirmaré mi opción con mi firma.

Además, si confirmo una de las opciones con mi firma, dispongo que se tomen medidas razonables para mantenerme cómodo y aliviarme el dolor.

NOTA:

Esta sección establece instrucciones sobre su atención. Tache con una raya toda instrucción que usted no acepta y escriba sus iniciales para verificar su negación.

Según la instrucción 1.b, su Representante del Paciente está facultado para organizar su atención médica, pero no tiene obligación de asumir personalmente el costo de la misma.

Actualmente, la ley no permite que su Representante del Paciente tome decisiones para retirarle o no brindarle tratamientos si usted está embarazada y si esas decisiones provocan su muerte, implican homicidio o eutanasia, o imponen un tratamiento que usted rechazaría debido a sus creencias religiosas.

Puede detallar en una lista los cuidados y los tratamientos específicos que usted desea o no desea. De lo contrario, su voluntad será interpretada a partir de sus instrucciones generales.

NOTA:

Usted no tiene obligación de elegir una de las instrucciones específicas sobre el tratamiento de soporte vital en esta sección. Sin embargo, si decide hacerlo, confirme sólo una de las instrucciones con su firma.

Debe conversar sobre estas opciones con su médico.

Opción 1: No quiero que mi vida sea prolongada mediante tratamiento de soporte vital si me encuentro en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Estoy en coma irreversible y estado vegetativo persistente.
- Padezco una enfermedad terminal y los procedimientos de soporte vital sólo sirven para demorar mi muerte de manera artificial.
- En cualquier circunstancia en que mi situación de salud sea tal que las desventajas del tratamiento sean mayores que los beneficios esperados. Al sopesar las desventajas y los beneficios del tratamiento, quiero que mi Representante del Paciente considere tanto el alivio de mi sufrimiento y mi calidad de vida como la posible prolongación de mi vida.

Entiendo que esta decisión puede provocar mi muerte

Si esta declaración refleja su voluntad, firme aquí: _____

Opción 2: Deseo que mi vida sea prolongada mediante tratamiento de soporte vital a menos que me encuentre en coma o en un estado vegetativo que mi médico razonablemente considere irreversible. Una vez que mi médico haya concluido razonablemente que permaneceré inconsciente el resto de mi vida, no deseo que se me brinde ni se continúe un tratamiento de soporte vital.

Entiendo que esta decisión puede provocar mi muerte.

Si esta declaración refleja su voluntad, firme aquí: _____

Opción 3: Deseo que mi vida sea prolongada tanto como sea posible, de acuerdo con las buenas prácticas médicas.

Si esta declaración refleja su voluntad, firme aquí: _____

B. Instrucciones específicas sobre la atención que deseo

C. Instrucciones específicas sobre la atención que no deseo

D. Instrucciones específicas sobre exámenes médicos

Mis creencias religiosas impiden que me realice un examen médico para determinar si soy incapaz de participar en la toma de decisiones sobre mi tratamiento médico. Deseo que tal determinación se adopte de la siguiente manera:

Este documento será considerado como un Poder duradero para la atención médica y permanecerá vigente en caso de discapacidad o incapacidad mía.

Si yo no puedo participar en la toma de decisiones sobre mi atención y no existe un Representante del Paciente ni un Sustituto de mi Representante del Paciente que actúe en mi nombre, solicito que se sigan las instrucciones que he dado en este documento y que éste sea considerado como prueba concluyente de mi voluntad.

También es mi voluntad que ninguna persona que participe en mi tratamiento médico asuma responsabilidad por seguir las indicaciones de mi Representante del Paciente según mis instrucciones.

Este documento se firma en el Estado de Michigan. Es mi voluntad que las leyes del Estado de Michigan rijan todos los asuntos relativos a su validez, la interpretación de sus disposiciones y su aplicabilidad. También es mi voluntad que este documento se aplique en la mayor medida posible, donde sea que yo me encuentre.

Se puede dar fe de las fotocopias de este documento como si fueran originales.

Doy estas instrucciones por mi propia y libre voluntad. No se me ha solicitado que las dé para recibir determinada atención o para que se me retire o prive de determinada atención. Soy mayor de 18 años y gozo del pleno uso de mis facultades.

Firma

Firme su nombre: _____ Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta: _____

Dirección: _____

NOTA:
Sírvase firmar y poner la fecha en este espacio, en presencia de al menos dos testigos que cumplan las condiciones establecidas en la declaración de los testigos que aparece en la página siguiente.

NOTA:

Si el testigo no conoce personalmente al firmante de esta Designación, el testigo debe solicitar una identificación positiva.

Sólo se necesitan dos testigos. El uso de tres testigos protegerá la validez de la Designación si posteriormente se descubre que uno de ellos es inelegible.

Mantenga el original firmado junto con sus documentos personales. Entregue copias firmadas a su médico, a sus familiares, a la instalación médica en donde recibe tratamiento y a los Representantes del Paciente. Cada tanto tiempo revise este documento, en especial cuando haya algún cambio en su estado de salud o situación familiar. Si el mismo aun expresa su voluntad, firme y coloque la fecha donde dice "Reafirmado" para demostrar que todavía concuerda con el contenido. Si su voluntad cambia, destruya este documento, prepare uno nuevo y entregue una copia a cada una de las personas que tenga la versión anterior.

Declaración y firma del testigo

Declaro que la persona que firmó esta designación de Representante del Paciente lo hizo en mi presencia y es conocida por mí. Asimismo, declaro que la persona que la firmó parece estar en pleno uso de sus facultades y libre de coacción, fraude o influencia indebida, y que no es mi cónyuge, hijo/a, nieto/a ni hermano/a. Declaro que no soy el presunto heredero de la persona que firmó la página anterior, el beneficiario conocido de su testamento al momento de su testimonio, su médico ni una persona designada como Representante del Paciente. También declaro que no soy empleado de un proveedor de seguro de vida o de salud para la persona que firmó, un empleado de una institución de salud que trate a dicha persona, ni un empleado de una residencia de ancianos en que esa persona resida, y que soy mayor de 18 años.

Testigo:

Firma: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Reafirmado

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Aceptación del Representante del Paciente

El Representante del Paciente y todo Sustituto de Representante del Paciente deben firmar esta Aceptación para poder actuar como tales.

Acepto ser el Representante del Paciente de _____
(en adelante "Paciente"). Acepto mi designación como Representante del Paciente por parte del Paciente. Entiendo lo que implica y acepto tomar medidas razonables para cumplir con la voluntad y las instrucciones del Paciente de acuerdo con la Designación del Representante del Paciente, con otras instrucciones escritas del Paciente y con el contenido de nuestras conversaciones.

También entiendo y acepto que:

- a. Esta designación no entrará en vigor a menos que el Paciente se vuelva incapaz de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico.
- b. Un Representante del Paciente no ejercerá facultades relativas a la atención, el cuidado y el tratamiento del Paciente que éste no habría ejercido en su propia representación si hubiera podido participar en la decisión.
- c. Esta designación no puede utilizarse para tomar una decisión sobre tratamiento médico que implique retirarle o no brindarle tratamiento a una Paciente embarazada y que podría provocar la muerte de la Paciente.
- d. Un Representante del Paciente sólo puede tomar la decisión de retirar o no brindar algún tratamiento al Paciente, decisión que puede provocar su muerte, si el Paciente expresó en forma clara y convincente que el Representante del Paciente está autorizado para tomar tal decisión y que el Paciente reconoce que tal decisión podría causar su muerte.
- e. Un Representante del Paciente no recibirá ninguna compensación por ejercer sus facultades, derechos y responsabilidades, pero puede ser compensado por los gastos reales y necesarios en que incurra en el ejercicio de los mismos.
- f. Un Representante del Paciente debe actuar de acuerdo con las normas de atención aplicables a los apoderados cuando actúan por el Paciente, y en beneficio de este. Se supone que la voluntad del Paciente, expresada o manifestada mientras es capaz de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico, representa sus intereses.

continúa en la página siguiente

NOTA:

Debe conversar sobre este documento con la persona que usted desea designar como su Representante del Paciente y hacer que la misma firme la Aceptación del Representante del Paciente.

Las restricciones detalladas en esta página y en las siguientes están estipuladas en la Patient Advocate Act (Ley del Representante del Paciente) de 1990, P.A. no 321/(MCL.700.496).

En la próxima página figura una explicación sobre el uso de la tarjeta que aparece abajo.

1. Representante del Paciente: _____
Trabajo: () _____ Casa: () _____
2. Sustituto del Representante del Paciente: _____
Trabajo: () _____ Casa: () _____
3. Sustituto del Representante del Paciente: _____
Trabajo: () _____ Casa: () _____
¿Es donante de órganos? Sí _____ No _____
(ver al dorso)

NOTA:
Esta tarjeta de billetera se proporciona con el fin de avisar al personal de emergencia médica de la existencia de su Representante del Paciente.

Escriba con letras de imprenta su nombre en el frente de la tarjeta y los nombres y números telefónicos de su Representante del Paciente y del Sustituto de su Representante del Paciente al dorso. Después, desprenda la tarjeta con cuidado y colóquela en un lugar visible, como su cartera o billetera.

- g. Un Paciente puede revocar su designación en cualquier momento y por cualquier medio suficiente para comunicar una intención de revocación.
- h. Un Representante del Paciente puede revocar su aceptación de la designación en cualquier momento y por cualquier medio suficiente para comunicar una intención de revocación.
- i. Un Paciente admitido en una instalación u organización médica tiene los derechos enumerados en la Sección 20201 del Public Health Code (Código de Salud Pública), Act No. 368 (Ley No 368) de las Public Acts (Leyes Públicas) de 1978, Sección 333.20201 de las Michigan Compiled Laws (Leyes Compiladas de Michigan).

Si no puedo actuar después de un esfuerzo razonable para contactarme, delego mis facultades a las personas que el Paciente haya designado como Sustitutos del Representante del Paciente, en el orden designado. El Sustituto del Representante del Paciente está autorizado para actuar hasta que yo pueda hacerlo.

Representante del Paciente

Firma: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Sustituto del Representante del Paciente

Firma: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Sustituto del Representante del Paciente

Firma: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

AVISO IMPORTANTE PARA EL PERSONAL DE EMERGENCIA MÉDICA

Yo, _____ he ejecutado un Poder duradero para la atención médica conforme a la Public Act 312 (Ley Pública no 312), MCL 700.496, de 1990. Si me vuelvo incapaz de tomar mis propias decisiones médicas, mi Representante del Paciente tiene facultades legales para tomar tales decisiones en mi nombre, incluso relativas a tratamientos de soporte vital. En tal caso, se debe contactar de inmediato, en el orden dado, a una de las personas enumeradas en el reverso de esta tarjeta que tenga una copia de mi Poder duradero para la atención médica. (Ver reverso de la tarjeta).