

Poder de representación médica perdurable

Yo, _____, residente en el condado de _____,

Pensilvania, designo a la persona citada más adelante en calidad de mi representante de atención médica para que tome decisiones de carácter médico y asistencial en mi nombre.

A efectos inmediatos y de forma ininterrumpida hasta la fecha de mi muerte, o hasta que el presente poder quede revocado por un escrito firmado por mí o por alguien con autorización para tomar decisiones relativas a tratamientos médicos en mi nombre, doy mi consentimiento a todos los proveedores de servicios médicos u otras instituciones sanitarias para facilitar a mi representante de atención médica, si este la solicitara, cualquier tipo de información verbal o escrita relativa a mi salud física o mental, como por ejemplo, a título ilustrativo pero no limitativo, mi historia clínica o registro hospitalario, así como cualquier otra información médica que de lo contrario forma fuera privada, confidencial, protegida o personal, como la información médica según queda definida y descrita en la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos (Ley pública 104—191, 110 Stat. 1936), los reglamentos promulgados en virtud de la misma o cualesquiera otras leyes y normas municipales y del estado federado. La información divulgada por un proveedor de servicios sanitarios u otra institución sanitaria puede volver a ser divulgada y ya no estará sujeta a las normas de privacidad establecidas en la Sección 164 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR).

Lo expuesto de aquí en adelante tendrá efecto únicamente en el momento en que yo no tenga capacidad para comprender, tomar o comunicar una decisión de carácter médico o asistencial, y así lo ratifique mi médico responsable. Mi representante de atención médica no podrá delegar en nadie la autoridad para tomar decisiones.

Mi representante de atención médica posee todos los poderes detallados a continuación, los cuales están sujetos a las directrices relativas a tratamientos médicos que se desarrollan en la Parte III (tache cualquier poder que no quiera otorgar a su representante de atención médica):

- 1 Autorizar, rechazar o interrumpir tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas.
- 2 Autorizar, rechazar o interrumpir la administración de alimentos (comida) o hidratación (agua) por medio de sonda nasal, gástrica, intestinal, arterial o intravenosa.
- 3 Autorizar mi ingreso o alta de un centro médico, residencial, de enfermería o similar, así como decidir sobre mi atención sanitaria y seguro médico de atención sanitaria, incluyendo los cuidados asistenciales y paliativos.
- 4 Contratar o despedir al personal médico, trabajadores sociales y demás empleados encargados de mi atención sanitaria.
- 5 Empezar las acciones legales necesarias para que se cumpla lo dispuesto por mí.
- 6 Solicitar a un médico encargado de mi atención sanitaria que emita una orden de no reanimar, incluyendo una orden de no reanimación extrahospitalaria, así como firmar cualquier documento o consentimiento solicitado.

Durable Health Care Power of Attorney

I _____, of _____ County, Pennsylvania, appoint the person named below to be my health care agent to make health and personal care decisions for me.

Effective immediately and continuously until my death or revocation by a writing signed by me or someone authorized to make health care treatment decisions for me, I authorize all health care providers or other covered entities to disclose to my health care agent, upon my agent's request, any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, medical and hospital records and what is otherwise private, privileged, protected or personal health information, such as health information as defined and described in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Public Law 104—191, 110 Stat. 1936), the regulations promulgated thereunder and any other State or local laws and rules. Information disclosed by a health care provider or other covered entity may be redisclosed and may no longer be subject to the privacy rules provided by 45 C.F.R. Pt. 164.

The remainder of this document will take effect when and only when I lack the ability to understand, make or communicate a choice regarding a health or personal care decision as verified by my attending physician. My health care agent may not delegate the authority to make decisions.

My health care agent has all of the following powers subject to the health care treatment instructions that follow in Part III (cross out any powers you do not want to give your health care agent):

- 1 To authorize, withhold or withdraw medical care and surgical procedures.
- 2 To authorize, withhold or withdraw nutrition (food) or hydration (water) medically supplied by tube through my nose, stomach, intestines, arteries or veins.
- 3 To authorize my admission to or discharge from a medical, nursing, residential or similar facility and to make agreements for my care and health insurance for my care, including hospice and/or palliative care.
- 4 To hire and fire medical, social service and other support personnel responsible for my care.
- 5 To take any legal action necessary to do what I have directed.
- 6 To request that a physician responsible for my care issue a do-not-resuscitate (DNR) order, including an out-of-hospital DNR order, and sign any required documents and consents.

Designación de un representante de atención médica

Designo a la persona cuyos datos vienen a continuación como mi representante de atención médica:

Representante de atención médica (nombre y vínculo): _____

Domicilio: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Si no designa un representante de atención médica, los proveedores de servicios sanitarios pedirán ayuda a sus familiares o a un adulto que conozca sus preferencias y valores a la hora de determinar su voluntad de someterse a tratamiento. Tenga en cuenta que no puede designar a su médico u otro profesional sanitario como su representante de atención médica a no ser que mantenga con este un vínculo de consanguinidad, matrimonial o de adopción. Si mi representante de atención médica no tiene disponibilidad inmediata o si he designado a mi cónyuge como representante de atención médica y se inicia una demanda de divorcio por cualquiera de las partes tras la firma de este documento, designo a las personas cuyos datos vienen a continuación, listados según orden de preferencia. (Es recomendable, pero no obligatorio, designar representantes de atención médica alternativos).

Primer representante de atención médica alternativo (nombre y vínculo): _____

Domicilio: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Segundo representante de atención médica alternativo (nombre y vínculo): _____

Domicilio: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____

Appointment of Health Care Agent

I appoint the following health care agent:

Health Care Agent (Name and relationship): _____

Address: _____

Telephone Number: Home _____ Work _____

If you do not name a health care agent, health care providers will ask your family or an adult who knows your preferences and values for help in determining your wishes for treatment. Note that you may not appoint your doctor or other health care provider as your health care agent unless related to you by blood, marriage or adoption.

If my health care agent is not readily available or if my health care agent is my spouse and an action for divorce is filed by either of us after the date of this document, I appoint the person or persons named below in the order named. (It is helpful, but not required, to name alternative health care agents.)

First Alternative Health Care Agent (name and relationship): _____

Address: _____

Telephone Number: Home _____ Work _____

Second Alternative Health Care Agent (name and relationship): _____

Address: _____

Telephone Number: Home _____ Work _____

Directrices para los designios del representante de atención médica

En caso de padecer una enfermedad terminal o una enfermedad grave e irreversible, mis designios a la hora de tomar decisiones médicas son los detallados a continuación (introduzca sus prioridades, p. j. bienestar, cuidado, preservación de las funciones cognitivas, etc.):

Con el objetivo de ayudar a entender qué desea obtener de su tratamiento médico, escriba sus iniciales en el recuadro que mejor refleje su voluntad. Tenga en cuenta que esto se utilizará solamente para informar a su médico de sus preferencias y para orientar a su representante de atención médica sobre la toma de decisiones médicas en caso de que usted no pueda comunicar su voluntad:

Si me encuentro en alguna de las siguientes situaciones:	Quiero seguir viviendo de esta forma	No estoy seguro	No quiero seguir viviendo de esta forma
No puedo entender lo que leo y no puedo mantener una conversación debido a la demencia o una lesión cerebral.			
Debo permanecer en una residencia durante el resto de mi vida.			
Debe haber alguien que se ocupe de mis cuidados (bañarme, darme de comer, ir al servicio, y vestirme) durante el resto de mi vida.			
No puedo salir al exterior durante el resto de mi vida.			

Guidance for Health Care Agent Goals

If I have an end-stage medical condition or other extreme irreversible medical condition, my goals in making medical decisions are as follows (insert your personal priorities such as comfort, care, preservation of mental function, etc.):

In order to help understand what you want from medical treatment, place your initials in the box which reflects your values. Remember that these are used only to help inform your physician and guide your Health Care Agent in making health care decision if you are not able to communicate your wishes:

If I am in these situations:	I want to continue living like this	I'm not sure	I do not want to live like this
Cannot understand what I read or cannot carry on a conversation due to dementia or brain injury.			
Need to stay in a nursing home for the rest of my life.			
Need somebody to take care of me (bathing, feeding, using the bathroom, and getting dressed) for the rest of my life.			
Can't go outside for the rest of my life.			

Lesión cerebral grave o enfermedad cerebral

En caso de padecer una lesión cerebral grave e irreversible o una enfermedad cerebral sin expectativas reales de experimentar una mejoría significativa, consideraría que dicha situación es intolerable y que la aplicación de un tratamiento médico agresivo sería onerosa. Por tanto, solicito que, frente a cualquier enfermedad intermedia potencialmente mortal (distinta e independiente), mi representante de atención médica actúe de la misma forma que con una enfermedad terminal o estado de inconsciencia permanente, tal y como indico más adelante.

Firme con sus iniciales si está de acuerdo _____

Firme con sus iniciales si está en desacuerdo _____

Directrices para un tratamiento médico en caso de enfermedad terminal o inconsciencia permanente

(Testamento vital)

Las siguientes directrices relativas a tratamientos médicos constituyen el ejercicio de mi derecho a tomar mis propias decisiones de carácter médico. Estas directrices tienen como objeto aportar una evidencia clara y convincente de mi voluntad, que ha de ser dispuesta en caso de que yo no sea capaz de comprender, tomar o comunicar las decisiones relativas a mi tratamiento:

En caso de padecer una enfermedad terminal (que desembocará en la muerte, independientemente de someterme a o continuar con un tratamiento médico), o encontrarme en un estado de inconsciencia permanente, como un coma irreversible o un estado vegetativo irreversible, y no existan expectativas reales de experimentar una mejoría significativa, se tomarán las siguientes medidas (tache cualquier indicación relativa a un tratamiento con la que no esté de acuerdo):

Severe Brain Damage or Brain Disease

If I should suffer from severe and irreversible brain damage or brain disease with no realistic hope of significant recovery, I would consider such a condition intolerable and the application of aggressive medical care to be burdensome. I therefore request that my health care agent respond to any intervening (other and separate) life-threatening conditions in the same manner as directed for an end-stage medical condition or state of permanent unconsciousness as I have indicated below.

Initials I agree _____

Initials I disagree _____

Health Care Treatment Instructions in the Event of End-Stage Medical Condition or Permanent Unconsciousness

(Living Will)

The following health care treatment instructions exercise my right to make my own health care decisions. These instructions are intended to provide clear and convincing evidence of my wishes to be followed when I lack the capacity to understand, make or communicate my treatment decisions:

If I have an end-stage medical condition (which will result in my death, despite the introduction or continuation of medical treatment) or am permanently unconscious such as an irreversible coma or an irreversible vegetative state and there is no realistic hope of significant recovery, all of the following apply (cross out any treatment instructions with which you do not agree):

- 1 Dispongo que quiero ser sometido a un tratamiento médico para aliviar el dolor o para proporcionarme bienestar incluso si dicho tratamiento puede acortar mi vida, suprimir mi apetito, o provocar adicción.
- 2 Dispongo que se rechacen o interrumpan todas las técnicas destinadas a alargar mi vida.
- 3 Concretamente, no quiero que se me practique ninguna de las siguientes técnicas destinadas a alargar mi vida: (Si desea recibir alguno de estos tratamientos, escriba «sí quiero» después del nombre del tratamiento)

reanimación cardiopulmonar (CPR) _____
 respirador mecánico (respirador artificial) _____
 aparato de diálisis (riñón artificial) _____
 intervención quirúrgica _____
 quimioterapia _____
 radioterapia _____
 antibióticos _____

Por favor, indique si desea que se le administren alimentos (comida) o hidratación (agua) por medio de sonda nasal, gástrica, intestinal, arterial o intravenosa en caso de padecer una enfermedad terminal o encontrarse en estado de inconsciencia permanente sin expectativas reales de experimentar una mejoría significativa. (Firme con las iniciales únicamente delante uno de los enunciados).

Deseo alimentación por sonda

_____ doy mi consentimiento a la administración de alimentos por sonda

No deseo alimentación por sonda

_____ no doy mi consentimiento a la administración de alimentos por sonda

- 1 I direct that I be given health care treatment to relieve pain or provide comfort even if such treatment might shorten my life, suppress my appetite or my breathing, or be habit forming.
- 2 I direct that all life-prolonging procedures be withheld or withdrawn.
- 3 I specifically do not want any of the following as life prolonging procedures: (If you wish to receive any of these treatments, write "I do want" after the treatment)

heart-lung resuscitation (CPR) _____
 mechanical ventilator (breathing machine) _____
 dialysis (kidney machine) _____
 surgery _____
 chemotherapy _____
 radiation treatment _____
 antibiotics _____

Please indicate whether you want nutrition (food) or hydration (water) medically supplied by a tube into your nose, stomach, intestine, arteries, or veins if you have an end-stage medical condition or are permanently unconscious and there is no realistic hope of significant recovery. (Initial only one statement).

Tube Feedings

_____ I want tube feedings to be given

No Tube Feedings

_____ I do not want tube feedings to be given.

Uso de las directrices por parte del representante de atención médica (Firme con las iniciales únicamente una opción)

_____ Mi representante de atención médica debe seguir estas directrices.

O

_____ Estas directrices son meramente orientativas. La decisión final recae en mi representante de atención médica y este podrá hacer caso omiso de cualquiera de mis directrices. (Especifique cualquier excepción)

Si no designé ningún representante de atención médica, deberán seguirse estas directrices.

Amparo legal

La legislación de Pensilvania ampara las decisiones que, de buena fe, tome mi representante de atención médica así como los proveedores de servicios sanitarios en el cumplimiento de mi voluntad, según lo expresado en este formulario u obedeciendo las directrices de mi representante de atención médica. En el nombre de mis albaceas y herederos, y en el mío propio, exonero de toda responsabilidad a mi representante de atención médica y proveedores de servicios sanitarios, y los eximo de todo procedimiento legal derivado de las acciones realizadas de buena fe en el reconocimiento de la autoridad de mi representante de atención médica o en el cumplimiento de mis directrices para un tratamiento.

Health Care Agent's Use of Instructions (Initial one option only)

_____ My health care agent must follow these instructions.

OR

_____ These instructions are only guidance. My health care agent shall have final say and may override any of my instructions. (Indicate any exceptions)

If I did not appoint a health care agent, these instructions shall be followed.

Legal Protection

Pennsylvania law protects my health care agent and health care providers from any legal liability for their good faith actions in following my wishes as expressed in this form or in complying with my health care agent's direction. On behalf of myself, my executors and heirs, I further hold my health care agent and my health care providers harmless and indemnify them against any claim for their good faith actions in recognizing my health care agent's authority or in following my treatment instructions.

Donación de órganos (firme con las iniciales únicamente una opción)

_____ Doy consentimiento a que, tras mi fallecimiento, mis órganos y tejidos sean donados para su trasplante, estudio o con fines médicos o educativos. (Especifique cualquier restricción relativa a la donación de órganos o tejidos específicos así como sobre los usos de los mismos).

O

_____ No doy mi consentimiento a que mis órganos y tejidos sean donados tras mi fallecimiento.

Firma

Con la firma de este documento a fecha _____ de _____ de 20____, declaro haber leído cuidadosamente el contenido del mismo, quedando revocados todos los poderes de representación médica y directrices relativas a tratamientos médicos previos.

(Firme con el nombre completo aquí para el delegar el poder de representación médica y las directrices relativas a tratamientos médicos).

TESTIGO: _____

TESTIGO: _____

Las leyes de Pensilvania establecen que dos testigos, de al menos 18 años de edad, deben comparecer y estar presentes en la firma del documento. Una persona que firme este documento en representación del poderdante y por indicación del mismo no constituye un testigo de la firma. (Se recomienda que los testigos no sean sus herederos, ni sus acreedores, ni estén empleados por sus proveedores de servicios sanitarios).

Organ Donation (Initial one option only)

_____ I consent to donate my organs and tissues at the time of my death for the purpose of transplant, medical study or education. (Insert any limitations you desire on donation _____ of specific organs or tissues or uses for donation of organs and tissues.) _____

OR

_____ I do not consent to donate my organs or tissues at the time of my death.

Signature

Having carefully read this document, I have signed it this _____ day of _____, 20____, revoking all previous health care powers of attorney and health care treatment instructions.

(Sign full name here for health care power of attorney and health care treatment instructions.)

WITNESS: _____

WITNESS: _____

Two witnesses at least 18 years of age are required by Pennsylvania law and should witness your signature in each other's presence. A person who signs this document on behalf of and at the direction of a principal may not be a witness. (It is preferable if the witnesses are not your heirs, nor your creditors, nor employed by any of your health care providers.)

Certificado notarial (opcional)

(Las leyes de Pensilvania no requieren una certificación notarial del presente documento, pero si el documento está ratificado por los testigos y por un notario, es más probable que este se ejecute en otros estados).

Ante mí comparecen, a fecha _____ de _____ de 20____, el declarante y el poderdante antedicho, del que certifico es la persona citada en el documento anterior, y doy fe de que otorga el presente poder como un acto de libre voluntad.

En vista de lo anterior, estampo mi firma y sello oficial en el condado de _____, estado de _____ en la fecha indicada al comienzo de este documento.

Notario:

Nombramiento válido hasta:

Notarization (optional)

(Notarization of document is not required by Pennsylvania law, but if the document is both witnessed and notarized, it is more likely to be honored by the laws of some other states.)

On this _____ day of _____, 20____, before me personally appeared the aforesaid declarant and principal, to me known to be the person described in and who executed the foregoing instrument and acknowledged that he/she executed the same as his/her free act and deed.

In witness whereof, I have hereunto set my hand and affixed my official seal in the County of _____, State of _____ the day and year first above written.

Notary Public

My commission expires