

Poder Notarial Para Cuidado Médico

AVISO PARA LA PERSONA QUE FIRMA EL PODER NOTARIAL PARA CUIDADO MÉDICO

Nadie puede anticipar cuándo podría ocurrir una enfermedad o un accidente de gravedad. Cuando sucede, puede necesitar que otra persona hable o tome decisiones sobre cuidado médico por usted. Si lo planifica ahora, puede aumentar las posibilidades de que el tratamiento médico que reciba sea el tratamiento que desea obtener.

En Illinois, usted puede escoger a una persona para que sea su “agente de cuidado médico.” Su agente es la persona en la que confía para que tome decisiones de cuidado médico por usted en caso de que sea incapaz o no desee tomarlas por su cuenta. Estas decisiones se deben basar en sus valores y deseos personales.

Es importante que coloque por escrito su elección de un agente. El formulario escrito suele ser llamado una “directiva anticipada.” Puede usar este formulario u otro, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales de Illinois. Existen muchos recursos escritos y en línea que pueden servirles de guía a usted y a sus seres queridos para tener una conversación acerca de estos temas. Hacer uso de estos recursos puede serle útil cuando piense acerca de su directiva anticipada y converse sobre ella.

¿CUÁLES SON LAS COSAS QUE QUIERO QUE SEPA MI AGENTE DE CUIDADO MÉDICO?

La selección de su agente debe ser analizada cuidadosamente, pues su agente será la última autoridad encargada de tomar decisiones cuando este documento entre en vigor - en la mayoría de las ocasiones después de que usted ya no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones. Si bien el objetivo es que su agente tome decisiones manteniendo sus preferencias y en la mayoría de las circunstancias esto es lo que sucede, tiene que saber que la ley permite que su agente tome decisiones para ordenar o rechazar intervenciones de cuidado médico o suspender un tratamiento. Su agente tendrá que pensar en las conversaciones que han tenido, su personalidad, y en cómo usted manejó otros asuntos de cuidado médico importantes en el pasado. Por lo tanto, es importante que hable con su agente y con su familia acerca de cosas como:

- (i) ¿Qué es lo más importante para usted en su vida?
- (ii) ¿Cuán importante es para usted evitar el dolor y el sufrimiento?
- (iii) Si tuviera que elegir, ¿es para usted más importante vivir todo el tiempo posible o evitar un sufrimiento o una discapacidad prolongados?
- (iv) En los últimos días o semanas de su vida, ¿preferiría estar en su casa o en un hospital?

(v) ¿Tiene usted creencias religiosas, espirituales o culturales que desea que sean tomadas en cuenta por su agente y por otras personas?

(vi) ¿Desea realizar una contribución importante a la ciencia médica luego de su muerte a través de la donación de órganos o de todo su cuerpo?

(vii) ¿Cuenta con alguna directiva anticipada existente, como por ejemplo un testamento vital, que contenga sus deseos específicos acerca de cuidado médico que sólo esté retrasando su fallecimiento? Si tiene otra directiva anticipada, asegúrese de hablar con su agente sobre esa directiva y sobre las decisiones de tratamiento allí contenidas que resumen sus preferencias. Asegúrese de que su agente acepte cumplir los deseos expresados en su directiva anticipada.

¿QUÉ TIPO DE DECISIONES PUEDE TOMAR MI AGENTE?

Si alguna vez su médico decide que usted no puede tomar sus propias decisiones sobre cuidado médico por un período de tiempo, o si usted no desea tomar sus propias decisiones, algunas de las acciones que puede tomar su agente son:

(i) hablar con médicos y otros proveedores de cuidado médico acerca de su condición.

(ii) ver historiales médicos y aprobar qué otras personas pueden verlos.

(iii) otorgar permiso para pruebas médicas, medicamentos, cirugía y otros tratamientos.

(iv) escoger dónde recibirá atención y qué médicos y otros profesionales le atenderán.

(v) decidir aceptar, suspender o rechazar tratamientos destinados a mantenerle con vida si está próximo a morir o es improbable que se recupere. Usted puede escoger incluir directivas y/o restricciones relacionadas con la autoridad de su agente.

(vi) aceptar o rechazar la donación de sus órganos o de todo su cuerpo en caso de que usted no haya tomado esa decisión. Esto podría incluir la donación para trasplante, investigación y/o educación. Tiene que hacerle saber a su agente si está registrado como donante en el registro de Consentimiento en Primera Persona que lleva la Secretaría de Estado de Illinois o si ha aceptado donar todo su cuerpo para la investigación médica y/o la educación.

(vii) decidir qué hacer con sus restos mortales después de su fallecimiento, en caso de que usted no haya hecho planes al respecto.

(viii) hablar con sus seres queridos para que le ayuden a tomar una decisión (pero su agente designado tendrá la última palabra por encima del resto de sus seres queridos).

Su agente no es responsable automáticamente de los gastos del cuidado de su salud.

¿A QUIÉN DEBO ESCOGER PARA QUE SEA MI AGENTE DE CUIDADO MÉDICO?

Su agente tendrá la responsabilidad de tomar decisiones sobre tratamientos médicos, incluso en el caso de que otras personas cercanas a usted recomienden una decisión diferente. La selección de su agente se debe realizar con cuidado, pues él/ella tendrá la autoridad definitiva para tomar decisiones sobre su tratamiento una vez que usted ya no pueda manifestar sus preferencias. Elija a un familiar, a un/a amigo/a o a otra persona que:

- (i) tenga 18 años de edad como mínimo;
- (ii) le conozca bien;
- (iii) goce de su confianza en cuanto a que hará lo que sea mejor para usted y esté dispuesto/a a cumplir sus deseos, incluso si no está de acuerdo con sus deseos;
- (iv) se sentirá cómodo/a al hablar y realizar preguntas a sus médicos y a otros proveedores de cuidado médico;
- (v) en caso de que usted se enferme de gravedad, no se sienta demasiado afectado/a como para no cumplir sus deseos; y
- (vi) pueda estar disponible para usted cuando lo necesite y esté dispuesto/a a aceptar este rol importante.

¿QUÉ SUCEDE SI MI AGENTE NO ESTÁ DISPONIBLE O NO ESTÁ DISPUESTO/A A TOMAR DECISIONES EN MI NOMBRE?

Si la persona que es su primera elección no puede cumplir con este rol, entonces las decisiones serán tomadas por el segundo agente que haya escogido; si su segundo agente no está disponible, entonces el tercer agente que haya elegido será quien tome las decisiones. A su segundo y a su tercer agente se les conoce como sus agentes sucesores y actúan como agentes de respaldo para su agente seleccionado en primer lugar; sólo pueden actuar uno a la vez y en el orden que usted haya indicado.

¿QUÉ SUCEDERÁ EN CASO DE QUE NO ELIJA UN AGENTE DE CUIDADO MÉDICO?

Si se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones sobre el cuidado médico y no ha nombrado a ningún agente por escrito, su médico y otros proveedores de cuidado médico le solicitarán a un familiar, amigo o tutor que tome decisiones por usted. En Illinois, una ley ordena a cuáles de estas personas se consultará. En esa ley, a cada una de estas personas se le llama un “sustituto.”

Existen razones por las que puede desear nombrar a un agente en lugar de depender de un sustituto:

- (i) Es posible que la(s) persona(s) indicada(s) por esta ley no sea(n) aquella(s) que usted desearía que tomara(n) decisiones por usted.
- (ii) Algunos familiares o amigos pueden no ser capaces de o no estar dispuestos a tomar decisiones de la manera en la que usted desearía que lo hicieran.
- (iii) Los familiares y amigos pueden disentir entre sí acerca de la cuestión a decidir.
- (iv) En algunas circunstancias, es posible que un sustituto no pueda tomar los mismos tipos de decisiones que sí puede tomar un agente.

¿QUÉ SUCEDE SI NO TENGO A NINGUNA PERSONA DE CONFIANZA DISPONIBLE PARA SER MI AGENTE?

En esta situación, es especialmente importante hablar con su médico y con otros proveedores de cuidado médico y elaborar una guía escrita sobre aquello que desea y no desea, en caso de que alguna vez se enferme gravemente y no pueda expresar sus deseos. Usted puede completar un

testamento vital. También puede escribir sus deseos y/o hablar sobre ellos con su médico u otro proveedor de cuidado médico y pedirle que los escriba en su historia clínica. También puede utilizar recursos escritos o en línea como guía en este proceso.

¿QUÉ DEBO HACER CON ESTE FORMULARIO DESPUÉS DE COMPLETARLO?

Siga estas instrucciones después de que haya completado el formulario:

- (i) Firme el formulario en presencia de un testigo. Vea en el formulario una lista de las personas que pueden actuar como testigos y las que no pueden hacerlo.
- (ii) Solicítele al testigo que también firme el formulario. No es necesario que el formulario sea notariado.
- (iii) Entréguele una copia a su agente y a cada uno de sus agentes sucesores.
- (iv) Entréguele otra copia a su médico.
- (v) Lleve una copia con usted cuando vaya al hospital.
- (vi) Muestre el formulario a su familia y sus amigos y a otras personas que cuidan de usted.

¿QUÉ SUCEDE SI CAMBIO DE OPINIÓN?

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, dígame a alguna persona de 18 años de edad o más que ha cambiado de opinión, y/o destruya su documento y todas las copias. Si lo desea, complete un nuevo formulario y asegúrese de que todas las personas a las que les dio el formulario viejo tengan una copia del nuevo; esto incluye, pero no se limita a sus agentes y sus médicos.

¿QUÉ SUCEDE SI NO DESEO USAR ESTE FORMULARIO?

En caso de que no desee usar el formulario legal de Illinois que se suministra aquí, cualquier documento que complete tiene que estar firmado por usted. Designe a un agente mayor de 18 años de edad y que no tenga prohibido actuar como su agente, y declarar las facultades del agente. No precisa ser atestiguado ni ajustarse en ningún otro sentido a poder notarial para cuidado médico legal.

Si tiene alguna pregunta acerca del uso de cualquier formulario, puede consultar a su médico, a otro proveedor de cuidado médico y/o a un abogado.

(Las iniciales de mandante)

MI PODER NOTARIAL PARA CUIDADO MÉDICO

ESTE PODER NOTARIAL PARA CUIDADO MÉDICO REVOCA TODOS LOS PODERES NOTARIALES PARA CUIDADO MÉDICO ANTERIORES. (Debe firmar este formulario y un testigo también debe firmarlo antes de que sea válido.)

Mi nombre: _____
(Escriba su nombre completo en letra de imprenta.)

Mi dirección: _____

MI AGENTE DE CUIDADO MÉDICO: DESEO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE CUIDADO MÉDICO (un agente es su representante personal conforme a la ley estatal y federal):

(Nombre del agente) _____

(Dirección del agente) _____

(Número de teléfono del agente) _____

(Por favor, marque la casilla si es aplicable)

_____ Si se ha de nombrar un albacea de mi persona, propongo al agente que actúe bajo este poder como albacea.

MI(S) AGENTE(S) SUCESOR(ES) DE CUIDADO MÉDICO (opcional): Si el agente que he seleccionado no puede o no desea tomar decisiones sobre cuidado médico en mi nombre, solicito que la(s) persona(s) que nombro debajo sea(n) mi(s) agente(s) de cuidado médico sucesor(es). Sólo una persona a la vez puede actuar como mi agente (agregue otra página si desea añadir más nombres de agentes sucesores):

Nombre del agente sucesor N° 1 _____

Dirección del agente sucesor N° 1 _____

Número de teléfono del agente sucesor N° 1 _____

Nombre del agente sucesor N° 2 _____

Dirección del agente sucesor N° 2 _____

Número de teléfono del agente sucesor N° 2 _____

AUTORIDAD DE MI AGENTE PARA TOMAR DECISIONES: MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES SOBRE CUIDADO MÉDICO POR MÍ, QUE INCLUYEN:

(i) Decidir aceptar, suspender, o rechazar el tratamiento de cualquier condición física o mental que pudiera tener, incluidas decisiones relacionadas con la vida y la muerte.

(ii) Aceptar internarme o darme de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución, incluyéndose un centro de salud mental.

(iii) Tener acceso completo a mis historiales médicos y de salud mental, y compartirlos con otras personas según sea necesario, incluso después de mi muerte.

(iv) Cumplir los planes que ya hice, o si no acordé ningún plan, tomar decisiones acerca de mi cuerpo o mis restos mortales, lo que incluye la donación de órganos, tejidos, o de todo el cuerpo, autopsia, cremación y entierro.

La concesión de poder anterior pretende ser lo más amplia posible, para que mi agente tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o poner fin a cualquier tipo de cuidado médico, lo que incluye la suspensión de la alimentación e hidratación y otras medidas de soporte vital.

AUTORIZO A MI AGENTE A (Por favor, coloque sus iniciales en cualquier línea de abajo):

_____ Tomar decisiones en mi nombre exclusivamente cuando yo no pueda tomarlas por mí mismo. El(los) médico(s) que me atienda(n) decidirá(n) el momento en el que carezca de esta capacidad. (Si no hay ninguna casilla marcada entonces se implementará la [instrucción de la] casilla arriba.)

O

_____ Tomar decisiones por mí sólo cuando yo no puedo hacerlo por mí mismo. El médico (s) cuidando de mí determinará el momento en que me falta esta capacidad. A partir de ahora, con el propósito de ayudarme con mis planes de cuidado de la salud y las decisiones, mi agente tendrá acceso pleno a mis registros médicos y de salud mental, la autoridad para compartirlos con otras personas, según sea necesario, y la habilidad completa para comunicarse con mi personal médico (s) y otros proveedores de atención médica, incluyendo la capacidad de requerir una opinión de mi médico acerca de si me falta la capacidad de tomar decisiones por mí mismo.

O

_____ Tomar decisiones por mí a partir de ahora y continuar tomándolas después de que ya no sea capaz de tomarlas por mí mismo. Mientras siga siendo capaz de tomar mis propias decisiones, puedo hacerlo si lo deseo.

MI TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL: El tema del tratamiento de soporte vital es de particular importancia. Los tratamientos de soporte pueden incluir la alimentación por sonda o la administración de líquidos por sonda, respiradores y reanimación cardiopulmonar. En general, a la hora de tomar decisiones relacionadas con un tratamiento de soporte vital, a su agente se le instruye para que tome en cuenta el alivio del sufrimiento, la calidad así como también la posible prolongación de su vida, y sus deseos previamente expresados. Su agente ponderará las molestias frente a los beneficios de los tratamientos propuestos al tomar decisiones en su nombre.

Debajo se describen otras declaraciones acerca de la suspensión o el retiro de un tratamiento de soporte vital. Estas pueden servir como una guía para su agente a la hora de tomar decisiones por usted. Consulte a su médico o proveedor de cuidado médico si tiene alguna pregunta acerca de estas declaraciones.

SELECCIONE DEBAJO SÓLO LA DECLARACIÓN QUE EXPRESE MEJOR SUS DESEOS
(Opcional):

_____ (Esta declaración se basa en las enseñanzas y tradiciones de la Iglesia Católica y se sugiere como alternativa a las dos declaraciones siguientes.) En general, quiero medios para sostener mi vida, incluyendo tratamientos que no sean excesivamente onerosos o ineficaces; sin embargo, no quiero el tratamiento si las cargas asociadas con el son mayores que los beneficios esperados o si el tratamiento sería ineficaz. Quiero que mi agente considere el alivio del sufrimiento y las cargas asociadas con el tratamiento (s) cuando se contemple iniciar, retirar y/o retener cualquier tipo de tratamiento.

O

_____ La calidad de mi vida es más importante que la duración de mi vida. Si estoy inconsciente y el médico responsable de mi cuidado cree, de acuerdo con estándares médicos razonables, que no volveré a despertar o a recuperar mi capacidad de pensar, comunicarme con mi familia y mis amigos, y experimentar todo lo que me rodea, no deseo recibir tratamientos que prolonguen mi vida o retrasen mi muerte, pero sí deseo un tratamiento o un cuidado que me haga sentir cómodo y alivie mi dolor.

O

_____ Continuar con vida es más importante para mí, sin importar cuán enfermo esté, cuánto esté sufriendo, el costo de los procedimientos o cuán improbables sean mis posibilidades de recuperación. Quiero que mi vida sea prolongada hasta el máximo posible de acuerdo con estándares médicos razonables.

LIMITACIONES ESPECÍFICAS DE LA AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES DE MI AGENTE: La concesión de poder anterior pretende ser lo más amplia posible, para que su agente tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o poner fin a cualquier tipo de cuidado médico. Si desea limitar el alcance de las facultades de su agente u ordenar reglas especiales o limitar la facultad de autorizar una autopsia o disponer de mis restos mortales, puede hacerlo en este documento.

(A continuación se incluyen las declaraciones opcionales basadas en las enseñanzas y tradiciones de la Iglesia Católica. En virtud de la ley, usted puede incluir una o más de las siguientes declaraciones en su poder notarial para el cuidado médico mediante la colocación de sus iniciales en la línea que aparece antes de la(s) declaración(es). Las declaraciones que no lleven sus iniciales no serán efectivas.)

A. _____ La Fidelidad a la Enseñanza Católica. Tengo la intención de que las instrucciones de este formulario sean coherentes con las enseñanzas de la Iglesia Católica Romana.

B. _____ Declaración de Fe. Creo que mi vida es un don precioso de Dios y que la vida terrenal es sólo un comienzo. Creo que en última instancia he sido creado para la vida eterna, que la muerte no es el fin último, sino una transición a una nueva vida. Por lo tanto, me gustaría hacer frente a la muerte con la confianza de la fe.

C. _____ Permitir la Preparación para la Muerte. Si estoy en peligro de muerte, deseo recibir toda la información que sea necesaria para ayudarme a entender mi condición y para hablar de mi estado con miembros de la familia y proveedores de cuidado. Deseo que a mi agente actuando en mi nombre, y a mí se nos ofrezca la información médica apropiada que permita hacer frente a las elecciones moralmente legítimas que estén disponibles. Deseo recibir el apoyo espiritual, así como la oportunidad de recibir los sacramentos con el fin de prepararme bien para la muerte.

D. _____ La Eutanasia y el Suicidio Asistido. Rechazo cualquier acción u omisión que, de por sí y en la intención, cause la muerte con el fin de aliviar el sufrimiento, comúnmente conocida como "la eutanasia." No deseo ser exhortado a tomar mi propia vida o a estar provisto de los medios necesarios para llevar a cabo mi propia muerte a través del "suicidio asistido." Renunciar a los medios para la preservación de la vida que son una carga demasiado pesada para mí, o insuficientemente beneficiosos para el sostenimiento de mi vida, no es lo mismo que la eutanasia o el suicidio asistido.

E. _____ Nutrición y/o Hidratación. En general, debido a que la nutrición y/o hidratación son necesarios para la supervivencia, me deben ser proporcionadas. Hay ciertas circunstancias, sin embargo, en que la nutrición y/o hidratación pueden no ser éticamente obligatorias y pueden ser retenidas o retiradas. Deseo siempre que se me ofrezca comida y agua por la boca si soy capaz de ingerirlos y asimilarlos por vía oral. La nutrición y/o hidratación se deben ofrecer si estoy en una condición crónica y presumiblemente irreversible que me haría incapaz de tomar alimentos por vía oral, pero en la que se esperaría razonablemente que sobreviva si se me proporciona atención básica (por ejemplo, en el caso improbable de que esté en un "estado vegetativo persistente" y no muriendo activamente).

La nutrición y/o hidratación asistida médicamente no es éticamente obligatoria en estas condiciones:¹

(i) Si no se espera que el suministro de nutrición y/o hidratación pueda razonablemente prolongar mi vida.

(ii) Si juzgo, o, si no tomo decisiones, mi Agente juzga, basado en la evidencia demostrable, que ciertos medios para proporcionar la nutrición y/o hidratación serían "excesivamente onerosos" para mí. Una intervención puede ser considerada "excesivamente onerosa", cuando, a mi juicio o al juicio de mi agente actuando en mi nombre, es "demasiado dolorosa, demasiado dañina, demasiado repugnante psicológicamente para mí, demasiado restrictiva de mis capacidades mentales, demasiado limitante a mi libertad o actividades preferidas (como podría

¹ Cf. USCCB, *Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios de Salud Católicos*, 5ª Edición (2009): Introducción a la Parte V: Problemas en el Cuidado de los Enfermos Graves y Moribundos, y no. 58.

ser el caso si yo requeriría ser inmovilizado física o químicamente para impedir que me saque un tubo de alimentación), o es muy costosa.”

a. Pido ser alimentado por la boca en la medida de lo posible antes de recurrir a la nutrición y/o hidratación asistida médicamente o antes de suspender el suministro oral de nutrición y/o hidratación si también estoy recibiendo la nutrición y/o hidratación asistida médicamente.

b. Si se me permite beneficiarme nutricionalmente de alimentación y/o hidratación asistida médicamente, pero también puedo tomar alimentos por vía oral, puede ser aceptable optar por la alimentación por vía oral, incluso si recibiendo nutrición y/o hidratación por vía oral conlleva ciertos riesgos o proporciona menos valor nutricional, siempre que yo o mi agente considere que los beneficios de consumir por vía oral (por ejemplo, el placer de comer, la dimensión interpersonal) valen la pena aun con los riesgos implicados, y se proporcione el consentimiento informado.

c. Si no tomo decisiones, pero todavía sujeto a las decisiones de mi agente, se debe prestar atención a mis deseos y voluntad de intentar comer (por ejemplo, la nutrición y/o hidratación no se le retendrá a una persona que no toma decisiones y que tiene demencia, pero que es capaz y está de acuerdo en comer con estímulo, incluso si el que toma las decisiones solicita la negación de la nutrición y/o hidratación.)

(iii) Si el suministro de alimentos nutritivos y/o hidratación me causara un gran malestar físico, por ejemplo, como resultado de las complicaciones en el uso de los medios empleados (por ejemplo, neumonía por aspiración, infección).

(iv) Si me estoy acercando a la muerte inevitable debido a una condición progresiva y fatal subyacente y proporcionando la nutrición y/o hidratación ofrecería solamente una capacidad muy limitada para prolongar la vida o proporcionar comodidad.

F. _____ Alivio del Dolor. Deseo ser mantenido lo más libre de dolor como sea posible para que pueda morir cómodamente y con dignidad, y en el lugar donde yo quiero morir. Medicamentos capaces de aliviar o suprimir el dolor me pueden ser suministrados, incluso si esta terapia puede acortar indirectamente mi vida, siempre y cuando la intención no es acelerar o causar mi muerte. Si estoy experimentando sufrimiento que no puede ser aliviado, pido que me sea proporcionado consejo espiritual católico competente para ayudarme a apreciar la comprensión cristiana del sufrimiento redentor.

G. _____ La Conciencia. Debido a que una persona tiene el derecho a prepararse para su muerte plenamente consciente, no quiero ser privado de la conciencia sin una razón de peso.

H. _____ Embarazo. Si este documento se aplica en cualquier momento en el que estoy embarazada, definido como inicio en la fecundación, ordeno a mi agente para el cuidado médico y a mi médico de reconocer también a mi hijo no nacido como un paciente humano bajo su cuidado. No obstante cualquier otra disposición de este formulario, nadie podrá autorizar o realizar un aborto directo sobre mí (es decir, una terminación directa prevista del embarazo antes de la viabilidad o la destrucción directa prevista de un feto viable.)

I. _____ Extracción de Gametos. Mi agente no tendrá poder de aceptar o dirigir la extracción asistida médicamente de mis gametos (espermatozoides u óvulos) para los efectos de reproducción artificial o para la producción de embriones para ser utilizados en la investigación.

J. _____ El Acceso a los Sacramentos. En ningún caso, se me debe negar el acceso a los sacramentos católicos, donde y cuando están comúnmente disponibles. Bajo ninguna circunstancia, me pueden negar el acceso a clero católico y otro asesor espiritual católico competente, incluyendo el clero y consejo de mi propia elección.

K. _____ La Divulgación de Registros Médicos. Doy mi consentimiento y ordeno que, y ordeno a mi agente para que apruebe y ordene que, el contenido de mis registros médicos se den a conocer por parte de mis proveedores de atención médica a las siguientes terceras partes, a solicitud de los respectivos terceros (por ejemplo, si hay otra miembros de la familia a los que usted le gustaría que sean competentes para revisar su historia clínica junto con su agente de cuidado médico o agente de cuidado médico sucesor): _____

L. _____ Visitas. Doy mi consentimiento y ordeno que, y ordeno a mi agente para que apruebe y ordene que, a las siguientes personas se les de acceso razonable para visitarme (por ejemplo, miembros de la familia o amigos que usted desea se les permita visitarlo(a)): _____

M. _____ Entierro Católico. Me gustaría que mis seres queridos oren por mí después de haber salido de esta vida y pido la gracia de una misa de funeral católica. Mis restos serán enterrados en consonancia con las enseñanzas y tradiciones de la Iglesia Católica. *(Si usted marca esta declaración M, usted también puede marcar con sus iniciales una de las siguientes declaraciones opcionales.)*

(i) _____ No deseo que mis restos sean cremados.

O

(ii) _____ Deseo que mis restos sean cremados. Si soy cremado, mis restos deben ser colocados en un recipiente que respete el carácter

sagrado de los restos y, una vez que los ritos funerarios se hayan realizado y se haya producido la cremación, mis restos deben ser llevados al cementerio para su disposición final en la que su presencia sea testigo de mi fe en la resurrección del cuerpo.

N. _____ Deseo de Unidad. Doy las gracias a mi agente por estar dispuesto a tomar decisiones en mi nombre. Deseo que mi familia y seres queridos sigan siendo tan unidos como sea posible, y que las decisiones de mi agente sean respetadas y apoyadas.

(Si desea incluir más limitaciones o reglas especiales, puede hacerlo a continuación.)

Mi firma: _____

Fecha de hoy: _____

TESTIGO: HAGA QUE SU TESTIGO COMPLETE Y FIRME LO SIGUIENTE:

Tengo al menos 18 años de edad, y (marque una de las opciones debajo):

_____ He visto al mandante firmar este documento,

O

_____ El mandante me dijo que la firma o marca en la línea de firma del mandante le pertenece.

No soy el agente ni el(los) agente(s) sucesor(es) nombrado(s) en este documento. No estoy emparentado con el mandante, el agente o el(los) agente(s) sucesor(s) por sangre, matrimonio ni adopción. No soy el médico ni el proveedor de servicios de salud mental del mandante, ni soy familiar de una de esas personas. No soy el dueño ni el operador (ni el pariente de un dueño u operador) de un centro médico donde el mandante es un paciente o residente.

Nombre del testigo en letra de imprenta: _____

Dirección del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Fecha de hoy: _____