



CARTA PODER DURABLE Para el Cuidado de Salud

Yo, _____, del Condado de _____, Pennsylvania, asigno

A la persona nombrada a continuación a ser mi Agente de Cuidado de Salud para hacer decisiones de cuidado personal y de salud a mi nombre.

Efectivo inmediata y continuamente hasta mi muerte o una revocación firmada por mi o alguien autorizado a hacer decisiones a mi nombre de tratamiento de cuidado de salud, autorizo a todos los proveedores de cuidado de salud u otras entidades cubiertas a divulgar a mi Agente de Cuidado de Salud, en la petición de mi Agente, cualquier información, oral o escrita, referente a mi salud física o mental, incluyendo, pero no limitado a, archivos médicos y de hospital y lo que de otra forma es privado, privilegiado, información de salud personal o protegida, tal como información de salud como es definida y descrita en la directiva de la Ley Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996.

El recordatorio de este documento tomará efecto solo cuando no tenga la habilidad de COMPRENDER, hacer o comunicar una opción referente a una decisión de salud o personal como es verificada por el medico que me atiende. Mi Agente de Cuidado de Salud no puede delegar la autoridad de hacer decisiones.

MI AGENTE DE CUIDADO DE SALUD TIENE TODAS LAS SIGUIENTES FACULTADES SUJETAS A LAS INSTRUCCIONES DEL TRATAMIENTO DE CUIDADO DE SALUD SIGUIENTES (tache y ponga sus iniciales a cualesquier poderes que no quiere otorgar a su Agente de Cuidado de Salud):

1. Para autorizar, retener o eliminar cuidado médico y procedimientos quirúrgicos.
2. Para autorizar, retener o eliminar nutrición (alimento) o hidratación (agua) médicamente suplementada por un tubo a través de la nariz, estomago, intestinos arterias o venas.
3. Para autorizar mi admisión o darme de alta de unas instalaciones médicas, enfermería, residencial o similar y para hacer acuerdo para mi cuidado y seguro de salud para mi cuidado, incluyendo cuidado de hospicio y/o paliativo.
4. Para contratar y despedir personal médico, servicio social y otro personal responsable para mi cuidado.
5. Para tomar cualquier acción legal necesaria para hacer lo que he instruido.
6. Para pedir que un médico responsable por mi cuidado emita una orden de no resucitar (DNR por sus siglas en inglés), incluyendo una orden DNR fuera del hospital y firmar cualesquier documentos y consentimientos necesarios.
7. Para dar consentimiento para la donación de un órgano/tejido.

ASIGNACION DEL AGENTE DE CUIDADO DE SALUD

Yo asigno al siguiente Agente de Cuidado de Salud:

(Nombre y Parentesco)

(Dirección)

Número telefónico: Privado: _____ Del trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

NOTA: SI USTED NO NOMBRA A UN AGENTE DE CUIDADO DE SALUD, LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD LE PREGUNTARÁN A SU FAMILIA O UN ADULTO QUIEN SABE DE SUS PREFERENCIAS Y VALORES PARA AYUDAR EN LA DETERMINACIÓN DE SUS DESEOS PARA EL TRATAMIENTO. USTED NO PUEDE ASIGNAR A SU MÉDICO U OTRO AGENTE DE CUIDADO DE SALUD A MENOS QUE ESTÉ RELACIONADO A USTED POR PARENTESCO, MATRIMONIO O ADOPCIÓN

(Continúa en el otro lado)

Si mi Agente de Cuidado de Salud no está disponible o si es mi cónyuge y se presenta una acción de divorcio por cualquier parte después de la fecha de este documento, asigno a la persona o personas nombradas a continuación, en el orden nombrados:

Primera Alternativa de Agente de Cuidado de Salud:

(Nombre y Parentesco)

(Dirección)

Número telefónico: Privado: _____ Del trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Segunda Alternativa de Agente de Cuidado de Salud:

(Nombre y Parentesco)

(Dirección)

Número telefónico: Privado: _____ Del trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

GUÍA PARA EL AGENTE DE CUIDADO DE SALUD

Si tengo una condición médica en fase final u otra condición médica extrema irreversible, mi meta en hacer decisiones médicas son las siguientes (anote sus prioridades personales tales como comodidad, cuidado, preservación de función mental, etc.): _____

Si sufro un daño cerebral irreversible o severo o enfermedad mental sin esperanza realista de recuperación, consideraré tal condición como intolerable y la aplicación de cuidado médico agresivo a ser complicado. Por lo consiguiente pido que mi Agente de Cuidado de Salud responda a cualquier intervención (otra y separada) condiciones de peligro de vida en la misma forma como es instruida para una condición médica en etapa final o de inconciente permanente.

Iniciales _____ Estoy de acuerdo

Iniciales _____ No estoy de acuerdo

Una vez leído cuidadosamente este documento, lo he firmado este ____ Día de _____, 20____, revocando todos las Cartas Poder de Cuidado de Salud previas.

Escriba su nombre con letra de molde: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo: _____

Testigo: _____