

## PODER NOTARIAL SIN VENCIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO EN VIDA DEL ESTADO DE IDAHO

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha del documento de voluntades: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El término “voluntades anticipadas” se usa de forma general para describir este documento. Hay dos partes: 1) el poder notarial sin vencimiento para atención médica y 2) el testamento en vida. El propósito de este formulario es ayudarlo a planificar con anticipación para que sus seres queridos y el equipo de atención médica sepan qué atención desea si experimenta una crisis médica y no puede hablar por sí mismo.

### PODER NOTARIAL SIN VENCIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA

Esta parte de mis voluntades anticipadas crea un poder notarial sin vencimiento para la atención médica. Este poder notarial permanecerá vigente si quedo incapacitado y surtirá efectos **solo** cuando no pueda comunicarme o tomar mis propias decisiones de atención médica.

A los efectos de estas voluntades anticipadas, “decisión de atención médica” significa:

- consentimiento
- denegación del consentimiento; o
- retiro del consentimiento

a cualquier atención, tratamiento o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar un padecimiento médico de una persona.

1. **DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE.** Designo y nombro a la siguiente persona como mi representante de atención médica para que tome decisiones de atención médica por mí según se autoriza en este Documento de voluntades médicas anticipadas:

Nombre del representante de atención médica: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del representante de atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

2. **DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES ALTERNATIVOS.** Si la persona designada como mi representante de atención médica en el apartado 1:

- no está disponible o deja de ser elegible para actuar como mi representante para tomar una decisión de atención médica por mí; o
- pierde la capacidad mental para tomar decisiones de atención médica por mí; o
- si revoco la designación o autoridad de esa persona para actuar como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí,

entonces designo y nombro a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí según se autoriza en este Documento de voluntades médicas anticipadas (*Usted no está obligado a designar representantes alternativos, pero puede hacerlo. Los representantes alternativos que usted designe podrán tomar las mismas decisiones de atención médica que el representante designado en el apartado 1 anterior, en caso de que esa persona no pueda o no sea elegible para actuar como su representante*).

A. Nombre del primer representante alternativo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del representante alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

B. Nombre del segundo representante alternativo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del representante alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*Si alguno de los representantes designados anteriormente es mi cónyuge, y nuestro matrimonio se disuelve (divorcio o anulación) después de la creación de estas voluntades anticipadas, el nombramiento de ese representante se revoca automáticamente a partir de la fecha de la disolución.*

*Ninguno de los siguientes puede ser designado como su representante o representante alternativo:*

- *Su proveedor de atención médica tratante;*
- *Un empleado de su proveedor de atención médica tratante que no sea familiar suyo;*
- *Un operador de un centro de atención comunitaria; o*
- *Un empleado de un operador de un centro de atención comunitaria que no sea familiar suyo.*

**3. DECLARACIÓN GENERAL DE LA AUTORIDAD CONFERIDA.** Por la presente confiero a mi representante autoridad plena para tomar decisiones de atención médica por mí en la misma medida en que yo podría tomar tales decisiones por mí mismo si tuviera la capacidad de hacerlo. Mi representante tomará decisiones de atención médica que coincidan con mis deseos que se establecen en este Documento de voluntades médicas anticipadas o que se le informen a mi representante verbalmente o por escrito. Esto incluye, entre otros, mis deseos con respecto a obtener, rechazar o retirar la atención, el tratamiento y los procedimientos de soporte vital. Esta autoridad incluye seguir mis deseos según se indique en un testamento en vida o un documento similar otorgado por mí.

#### **4. INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL.**

A. Otorgamiento de facultad y poder general. Sujeto a cualquier limitación de este Documento de voluntades médicas anticipadas, mi representante tiene el poder y la autoridad para hacer todo lo siguiente:

- Solicitar, revisar y recibir cualquier información verbal o escrita con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, registros médicos y hospitalarios;
- Suscribir en mi nombre cualquier descargo u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener esta información;
- Consentimiento para la divulgación de esta información; y
- Consentimiento para la donación de cualquiera de mis órganos con fines médicos.

B. Autoridad de revelación en virtud de la HIPAA. Mi representante será tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos con respecto del uso y divulgación de mi información médica identificable individualmente u otros registros médicos. Esta autorización de revelación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d y 45 CFR 160 a 164. Autorizo a cualquier médico, profesional de atención médica, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica cubierto, a cualquier compañía de seguros y a Medical Information Bureau, Inc. u otra cámara de compensación de atención médica que me haya brindado tratamiento o servicios, o que haya pagado o procure mi pago por tales servicios, a dar, divulgar y revelar a mi representante, sin restricciones, toda mi información médica identificable individualmente y mis registros médicos respecto de cualquier padecimiento médico o mental pasado, presente o futuro, incluida toda la información relacionada con el diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales y abuso de drogas o alcohol. La autoridad conferida a mi representante prevalecerá sobre cualquier otro acuerdo que pueda haber hecho con mis proveedores de atención médica para restringir el acceso o la divulgación de mi información médica identificable individualmente.

**5. FIRMA DE DOCUMENTOS, RENUNCIAS Y LIBERACIONES.** Cuando sea necesario para implementar las decisiones de atención médica que este Documento de voluntades médicas anticipadas autoriza a mi representante a tomar, mi representante tiene la autoridad para suscribir en mi nombre todo lo siguiente:

- a) Documentos titulados o que pretendan ser una "Negativa a permitir el tratamiento" o una "Salida del hospital en contra de las recomendaciones médicas"; y
- b) Cualquier renuncia necesaria o liberación de responsabilidad que requiera un hospital o un médico.

6. **REVOCACIÓN DE DESIGNACIONES ANTERIORES.** Revoco cualquier poder notarial sin vencimiento para atención médica anterior.

Continúe al testamento  
en vida en la página  
siguiente.

**TESTAMENTO EN VIDA**  
**Voluntades para retener o brindar el tratamiento**

Esta parte de mis directivas anticipadas crea mi testamento en vida, que me permite tomar decisiones sobre cualquier tratamiento médico de soporte vital que desee o no. Estas voluntades anticipadas surtirán efecto solo si no puedo comunicar mis instrucciones y:

- A. Tengo una lesión, enfermedad, dolencia o afección incurable y un médico que me ha examinado ha certificado:
  - I. Que tal lesión, enfermedad, dolencia o afección es terminal; y
  - ii. Que la aplicación de procedimientos de soporte vital artificial serviría solo para prolongar artificialmente mi vida; y
  - iii. Que mi muerte es inminente, ya sea que se utilicen o no procedimientos artificiales de soporte vital.

0

B. Me han diagnosticado que estoy en estado vegetativo persistente.

---

**SI ME ENCUENTRO EN UNA DE LAS SITUACIONES ANTERIORES, mis opciones son las siguientes: ( Elija la casilla 1, 2 o 3 a continuación , marque la casilla y ponga sus iniciales en la línea después de la casilla que marcó).**

**Independientemente del cuadro elegido, se proporcionará manejo del dolor y de los síntomas (atención para la comodidad).**

1.  \_\_\_\_ Si mi muerte es inminente, no deseo recibir tratamiento médico ni que se inicien procedimientos y, si ya se iniciaron, quiero que se retiren todos esos tratamientos y procedimientos, incluyendo retirar la nutrición (como una sonda gástrica) y la hidratación artificiales.

0

2.  \_\_\_\_ Si mi muerte es inminente, no quiero ningún tratamiento, atención o procedimientos de soporte vital artificial, excepto la nutrición e hidratación artificiales de la manera siguiente:

Marque **una** casilla y coloque sus iniciales en la línea después de la casilla que marcó:

- A.         \_\_\_\_ Solo hidratación artificial
- B.         \_\_\_\_ Sólo nutrición artificial
- C.         \_\_\_\_ Hidratación y nutrición artificial

0

3.  \_\_\_\_ Si mi muerte es inminente, quiero todo el tratamiento, la atención y los procedimientos médicos necesarios para mantenerme con vida, incluyendo nutrición e hidratación artificiales.

## DISPOSICIONES ESPECIALES (OPCIONAL)

Las siguientes son declaraciones adicionales de mis deseos. *Marque todas las casillas que correspondan y coloque sus iniciales en la línea después de las casillas que marcó:*

### SI ME DIAGNOSTICAN EMBARAZO:

\_\_\_\_ Esta voluntad anticipada se cumplirá en su totalidad durante el transcurso de mi embarazo.

O

\_\_\_\_ Indico que el siguiente tratamiento  será  no será retenido o retirado:

O

\_\_\_\_ Mis instrucciones con respecto a la atención médica no tendrán vigencia durante mi embarazo, salvo que mi representante de atención médica esté autorizado para tomar tales decisiones por mí.

\_\_\_\_ Si tengo una afección médica que no me vaya a ocasionar una muerte inminente y de la cual probablemente no me recuperaré, soy incapaz de pensar o comunicarme y dependo de otros para mi cuidado, no deseo que se inicien tratamientos o procedimientos médicos de soporte vital. Si ya se comenzaron, deseo que se retiren todos los tratamientos y procedimientos, incluidas la nutrición artificial (como una sonda gástrica) y la hidratación artificial. En tal condición, quiero que la atención se centre en mi comodidad.

\_\_\_\_ Otras situaciones descritas en el cuadro a continuación (*si es necesario, adjunte y firme páginas adicionales*):

Esta sección no es obligatoria y puede usarse para describir sus deseos y voluntades.

Algunos ejemplos de lo que puede incluirse aquí son: no admisión a la unidad de cuidados intensivos; preferencia de reanimación\*; personas que usted no desea que participen en sus decisiones médicas; limitaciones a las opciones de tratamiento, incluidos los límites de tiempo; voluntad de tener una sonda de alimentación permanente; deseos para su funeral y su entierro; donación de órganos o el cuerpo, entre otros.

\*NOTA: Si desea establecer una orden de DNR (No reanimar), debe completar un formulario POST. Pídale a su médico, profesional de enfermería especializada o médico asistente que complete un formulario POST con usted. *Un formulario POST (órdenes médicas para el alcance del tratamiento) contiene órdenes médicas específicas para personas con una enfermedad grave.*

**VERIFICACIÓN DEL FORMULARIO POST DE IDAHO.** *Marque una casilla y coloque sus iniciales en la línea después de la casilla que marcó:*

\_\_\_\_ He rellenado un formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST) que contiene instrucciones que pueden ser más específicas que estas voluntades anticipadas, pero son compatibles con ellas. Por este medio apruebo esas órdenes y las hago parte de estas voluntades anticipadas.

O

\_\_\_\_ No he rellenado un formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST). Si relleno un formulario POST en una fecha posterior, este testamento en vida se considerará modificado para que sea compatible con los términos del formulario POST.

**FIRMA DEL OTORGANTE.** *Debe firmar este poder notarial sin vencimiento para atención médica y testamento en vida para que sea válido.*

Entiendo a plenitud la importancia de este Documento de voluntades médicas anticipadas y soy mentalmente competente para elaborarlo. No se responsabilizará de forma alguna a ningún participante en la elaboración de este Documento de voluntades médicas anticipadas o en su puesta en práctica por cumplir con mis instrucciones.

La autoridad conferida a mi representante no tiene fecha de vencimiento y vencerá solo en caso de que yo la revoque por escrito.

Firmo mi nombre a continuación en este Poder notarial sin vencimiento para atención médica y testamento en vida del estado de Idaho, en la fecha que figura al inicio de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma