

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER

**PODER LEGAL DURADERO
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Adv Directive-P
Durable Power of Attorney



IDN13150042

NOTIFICACIÓN: LEA LA INFORMACIÓN QUE APARECE EN EL REVERSO ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO

PODER LEGAL hecho el _____ de _____ de 20 _____

1. Yo, el abajo firmante, por la presente asigno a (ingrese el nombre y la dirección del agente)

como agente que actúe por mi y en mi nombre para tomar cualquier y todas las decisiones que tengan que ver con mi cuidado personal, mis tratamientos médicos, mis hospitalizaciones y mi atención médica y exija, interrumpa o detenga cualquier tipo de tratamiento médico o procedimiento aunque ello pueda resultar en mi fallecimiento. Mi agente tendrá el mismo acceso a mi historial médico que yo, incluyendo el derecho de divulgar su contenido a otros. Mi agente también tendrá poder total para disponer de cualquier parte de mi cuerpo o su totalidad para propósitos médicos, autorizar una autopsia y decidir qué hacer con mis restos. (Ni el médico tratante ni ningún otro proveedor de salud podrán actuar como agente).

2. Los poderes otorgados más arriba deberán estar sujetos a las siguientes normas y limitaciones (si no existe ninguna, dejar en blanco):

(El tema del tratamiento para soporte vital es de especial importancia. Para tratar este tema con mayor comodidad, las afirmaciones generales sobre la interrupción y retirada de tratamiento para soporte vital están situadas más abajo. Si está de acuerdo con una de estas afirmaciones, ponga sus iniciales junto a ella, pero no ponga sus iniciales en más de una).

_____ (No deseo que se prolongue mi vida o que se me proporcione o continúe ningún tratamiento para el soporte vital si mi agente considera que el sufrimiento producido será mayor que los beneficios que se obtengan de dicho tratamiento. Deseo que, al tomar decisiones sobre el tratamiento para el soporte vital, mi agente considere el alivio de mi sufrimiento, los gastos implicados y tanto la calidad de mi vida como su posible alargamiento.

_____ (Deseo que mi vida se prolongue y que se me proporcione o continúe el tratamiento para el soporte vital a menos que esté en estado de coma irreversible, considerado así por mi médico tratante y de acuerdo a los estándares médicos razonables en ese momento. En caso de que me encuentre en estado de coma irreversible, deseo que se interrumpa o detenga mi tratamiento para el soporte vital.

_____ (Deseo que se prolongue mi vida en la medida de lo posible sin que importe mi estado, las posibilidades de recuperación o el coste de los procedimientos.

3. Este poder legal se hará efectivo el _____.

4. Este poder legal finalizará el _____.

5. En caso de que el agente designado por mí fallezca, quede legalmente incapacitado, renuncie, se niegue a actuar o no esté disponible, designo a las siguientes personas (que actuarán de forma independiente y sucesivamente en el orden en que aparecen) como sucesores de dicho agente:

6. Si se me tuviese que asignar un representante legal, yo designo la persona siguiente para que desempeñe el papel de representante legal (si el mismo que el agente, dejar en blanco):

7. Estoy completamente informado de la totalidad del contenido de este documento y entiendo la importancia de esta otorgación de poder a mi agente:

Firmado (Signed) _____

Poderdante (Principal)

El poderdante ha tenido la oportunidad de leer el documento que aparece más arriba y lo ha firmado o ha reconocido su firma o marca en el documento en mi presencia.

Testigo (Witness)

Que reside en _____
(Residing At)

(Podrá, aunque no se le exige, pedir a su agente o agentes secundarios que proporcionen firmas de muestra a continuación. Si decide incluir la firma de muestra en este poder legal, deberá certificar las firmas de los agentes).

Firmas de muestra del agente (y sus sucesores)

Yo certifico que las firmas de mi agente y sus sucesores son correctas.

(agente) (Agent)

(poderdante) (Principal)

(agente) (Successor Agent)

(poderdante) (Principal)

(agente) (Successor Agent)

(poderdante) (Principal)

NOTIFICACIÓN: LEA LA INFORMACIÓN QUE APARECE A CONTINUACIÓN SOBRE EL PODER LEGAL DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LLENAR EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO.

1. El propósito de este poder legal duradero para atención médica: El propósito de este poder legal es otorgar a la persona que usted designe (en el documento esta persona aparece como “agente”) poderes amplios para tomar decisiones sobre su atención médica en su lugar (en el documento usted aparece como “poderdante”), incluido el poder para exigir, consentir o interrumpir cualquier tipo de cuidado personal o tratamiento médico por cualquier enfermedad física o mental y para internarle o darle el alta de cualquier hospital, centro o institución. Este documento no impone ninguna obligación en el agente designado por usted para ejercer los poderes otorgados; aunque en caso de que se ejerza alguno de los poderes, su agente tendrá que darle el debido cuidado que le beneficie y de acuerdo a este documento. Un tribunal podrá revocar los poderes de su agente si considera que el agente no está actuando debidamente. Podrá designar a otros agentes secundarios en este documento pero no a otros agentes que actúen junto con el agente designado al principio ni a proveedores de atención médica. A menos que usted limite expresamente la duración de este poder tal y como se muestra más abajo, su agente podrá ejercer los poderes otorgados aquí durante toda su vida e incluso después de que usted esté incapacitado hasta que usted anule estos poderes o un tribunal, actuando en su nombre, los anule. Los poderes que usted le otorgue a su agente, su derecho a revocar estos poderes y las penalizaciones por no acatar la ley están explicados en más detalle en la ley de Illinois sobre los poderes legales (“*Powers of Attorney for Health Care Law*”, capítulo 110-1/2, secciones 804-1 et seq.). Esta ley permite expresamente el uso de cualquier documento de poder legal que usted desee. Si hay alguna parte de este documento que no entienda, debería pedirle a un abogado que se la explique.

2. La otorgación de poder está pensada para que sea lo más amplia posible: La otorgación de poderes que se encuentra en el párrafo primero del reverso de este documento está pensada para que sea lo más amplia posible con el fin de que su agente tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o finalizar cualquier tipo de atención médica, incluyendo la retirada de alimentación u otras medidas de soporte vital si su agente considera que dicha acción sería coherente con sus intenciones y deseos. Si desea limitar el alcance de los poderes de su agente o dictar normas especiales o limitar su poder para hacer una donación anatómica, autorizar una autopsia o deshacerse de sus restos, deberá hacerlo en el párrafo segundo del reverso de este documento.

3. Enmienda o revocación del poder legal: Este poder legal podrá ser enmendado o revocado por usted en cualquier momento y de cualquier modo mientras aún tenga la capacidad para hacerlo. En caso de ausencia de enmienda o revocación, la autoridad otorgada en este poder legal se hará efectiva en el momento en que este poder sea firmado y continuará hasta su fallecimiento y más allá de él en caso de haber autorizado donaciones anatómicas, autopsia o deshecho de sus restos a menos que exista una limitación hecha por usted sobre la fecha de comienzo o la duración (véanse los párrafos tercero y cuarto en el reverso de este documento).

4. Designación de agentes secundarios o sucesores: Si desea designar agentes secundarios o sucesores, ingrese sus nombres y dirección en el párrafo quinto del reverso de este documento.

5. Designación de su representante legal: Si desea designar a un representante legal que le represente en caso de que un tribunal decida que debería designársele uno, podrá hacerlo ingresando el nombre de dicho representante legal en el párrafo sexto del reverso de este documento, aunque no está obligado a hacerlo. El tribunal designará a una persona nombrada por usted en caso de que el tribunal considere que dicho nombramiento será lo mejor para la representación de sus intereses y bienestar. Usted podrá nombrar como representante legal a la misma persona a quien designó como su agente, aunque no está obligado a hacerlo.