

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
**PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Medical Record #: \_\_\_\_\_

**Place Patient Label**

Adv Directive-P  
Durable Power of Attorney



IDN13150042

**MI PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA**

**ESTE PODER NOTARIAL REVOKA TODOS LOS PODERES  
NOTARIALES DE ATENCIÓN MÉDICA ANTERIORES.**

Mi nombre (su nombre completo en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Mi dirección: \_\_\_\_\_

**DESEO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**  
(un agente es su representante personal según la ley estatal y federal):

(Nombre del agente) \_\_\_\_\_

(Dirección del agente) \_\_\_\_\_

(Número de teléfono del agente) \_\_\_\_\_

**MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA  
EN MI NOMBRE, ENTRE LAS QUE SE INCLUYEN:**

- (i) Decidir aceptar, retirar o rechazar el tratamiento de cualquier afección física o mental que presente, incluidas las decisiones de vida o muerte.
- (ii) Aceptar mi admisión o darme de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución, incluido un centro de salud mental.
- (iii) Tener acceso total a mis registros médicos y de salud mental, y compartirlos con otros según sea necesario, incluso después de que yo fallezca.
- (iv) Llevar a cabo los planes que haya hecho o, si aún no lo hice, tomar decisiones sobre mi cuerpo o restos, incluida la donación de órganos, tejidos o de la totalidad del cuerpo, autopsia, cremación y entierro.

El otorgamiento de poder indicado arriba tiene el propósito de ser lo más amplio posible de manera que mi agente tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que yo pudiera hacer para obtener o concluir cualquier tipo de atención médica, incluso el retiro de nutrición e hidratación, y otras medidas de soporte vital.

**AUTORIZO A MI AGENTE A: (marcar una sola casilla; si marca más de una casilla o no marca ninguna, se implementará la instrucción de la primera casilla a continuación).**

- ☐ Tomar decisiones en mi nombre únicamente cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El médico o médicos que se ocupen de mí determinarán el momento en que ya no tenga esta capacidad.  
(Si no se marca ninguna casilla, se implementará esta casilla).
- ☐ Tomar decisiones en mi nombre únicamente cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El médico o médicos que se ocupen de mí determinarán el momento en que ya no tenga esta capacidad. A partir de ahora, con el propósito de ayudarme con mis planes y decisiones de atención médica, 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 capacidad plena para comunicarse con mi médico o médicos personales y con otros proveedores de atención médica, incluida la facultad de solicitar la opinión de mi médico sobre mi incapacidad de tomar decisiones por mí mismo.
- ☐ Tomar las decisiones por mí a partir de ahora y después de que ya no pueda hacerlo por mí mismo. Mientras tenga la capacidad de tomar mis propias decisiones, puedo seguir haciéndolo si lo deseo.

**TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL**

El tema del tratamiento de soporte vital es de particular importancia. Los tratamientos de soporte vital pueden incluir alimentación por sonda, respiradores y RCP. En general, al momento de tomar decisiones sobre tratamientos de soporte vital, se le indica a su agente que considere el alivio del sufrimiento, la calidad y también la posible prolongación de su vida, y los deseos que usted haya expresado con anterioridad. Su agente evaluará las cargas en relación con los beneficios de los tratamientos propuestos al tomar decisiones en su nombre.

A continuación, se describen declaraciones adicionales sobre la suspensión o retención del tratamiento de soporte vital. Estas pueden servirle de guía a su agente cuando tenga que tomar decisiones por usted. Consulte con su médico o proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta sobre estas declaraciones. **SELECCIONE ÚNICAMENTE LA DECLARACIÓN QUE MEJOR EXPRESE SUS DESEOS (opcional):**

- ☐ La calidad de vida es más importante para mí que la duración de la vida. Si estoy inconsciente y el médico que me atiende considera que, de acuerdo a los estándares médicos razonables, no me despertaré o no recuperaré mi capacidad de pensar, comunicarme con mis familiares y amigos, y experimentar mi entorno, no deseo tratamientos que prolonguen mi vida o demoren mi muerte, pero sí quiero recibir tratamiento o atención médica para estar más cómodo y aliviarme el dolor.
- ☐ Estar vivo es más importante para mí, independientemente de lo enfermo que esté, cuánto esté sufriendo, el costo de los procedimientos o qué tan improbable sea mi recuperación. Quiero que me prolonguen la vida lo máximo posible de acuerdo con los estándares médicos razonables.

**LIMITACIONES ESPECÍFICAS A LA AUTORIDAD DE MI AGENTE  
PARA TOMAR DECISIONES:**

El otorgamiento de poder indicado arriba tiene el propósito de ser lo más amplio posible de manera que su agente tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que usted pudiera hacer para obtener o concluir cualquier tipo de atención médica. Si desea limitar el alcance de las facultades de su agente, prescribir reglas especiales o limitar la facultad para autorizar una autopsia o disponer de los restos, puede hacerlo de manera específica en este formulario.

---

---

---

**DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y UN TESTIGO TAMBIÉN  
DEBE FIRMARLO PARA QUE SEA VÁLIDO.**

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**HAGA QUE EL TESTIGO COMPLETE LO SIGUIENTE Y FIRME:**

Soy mayor de 18 años y (marque una de las siguientes opciones):

- ☐ Fui testigo de que el mandante firmó este documento, o
- ☐ El mandante me informó que la firma o marca en el espacio de firma del mandante es suya.

No soy el agente ni agente sucesor nombrado en este documento. No soy pariente del mandante, agente o agente sucesor por sangre, matrimonio o adopción. No soy médico ni proveedor de servicios de salud mental del mandante, ni pariente de ninguna de esas personas. No soy dueño ni operador (ni pariente del dueño u operador) del centro de atención médica del que el mandante es paciente o residente.

Nombre del testigo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**AGENTE(S) SUCESOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA (opcional):**

Si el agente que seleccioné no está dispuesto o está incapacitado, incluso si no se encuentra disponible, no se decide o haya fallecido, entonces solicito que la persona o personas que nombro a continuación sean mis agentes sucesores de atención médica. Solo una persona a la vez puede actuar como mi agente (agregue otra página si desea añadir más nombres de agentes sucesores):

---

(Agente sucesor n.º 1, nombre, dirección y número de teléfono)

---

(Agente sucesor n.º 2, nombre, dirección y número de teléfono)