

Formulario Breve Reglamentario del Estado de Illinois

⤵ Poder para la Atención de la Salud ⤵

(AVISO: El propósito del presente poder es otorgar a la persona que usted designe (su “mandatario”) amplias facultades para tomar decisiones relativas a la atención de la salud en su nombre, incluida la facultad de exigir, dar consentimiento o abstenerse de darlo a los fines de recibir cualquier tipo de atención personal o tratamiento médico debido a cualquier condición física o mental, así como de internarlo o darle de alta en cualquier hospital, establecimiento u otra institución. Este formulario no impone a su mandatario la obligación de ejercer las facultades otorgadas; sin embargo, cuando así las ejerza, su mandatario deberá emplear el cuidado debido para actuar en su beneficio y de conformidad con este formulario, así como mantener un registro de recibos, gastos y acciones de relevancia que lleve a cabo como mandatario. Las facultades de su mandatario podrán ser dejadas sin efecto por un tribunal si éste considera que esa persona no está actuando correctamente. Conforme a este formulario, usted puede designar mandatarios sucesores, pero no mandatarios conjuntos, y tampoco puede designar a tal fin a ningún proveedor de atención de la salud. A menos que usted limite expresamente la duración del presente poder en la manera indicada a continuación, hasta tanto este poder sea revocado por usted, o sea, dejado sin efecto en su nombre por un tribunal, su mandatario podrá ejercer las facultades aquí otorgadas durante todo el tiempo en que usted viva, incluso después de producida su incapacidad. Las facultades que usted otorga a su mandatario, su derecho de revocar dichas facultades, y las penas por violar la ley se explican con más detalle en las secciones 4-5, 4-6, 4-9 y 4-10(b) de la “Ley sobre Poderes para Atención de la Salud” de Illinois, de las cuales este formulario forma parte. La ley permite expresamente el uso de cualquier otro formulario de poder que usted desee. Si en este documento hay algo que usted no comprende, le recomendamos que consulte a un abogado para obtener una explicación.)

El presente PODER es celebrado a los _____ días de _____ de _____.
(mes) (año)

1. Yo, _____
(insertar nombre y dirección del mandante)

por el presente designo a: _____
(insertar nombre y dirección del mandatario)

como mi apoderado (“mi mandatario”) para que actúe en mi nombre (de cualquier manera en que yo podría actuar en persona) para tomar cualquiera y toda decisión en mi representación respecto a mi cuidado personal, tratamiento médico, hospitalización y atención de la salud, así como para exigir, rechazar o suspender cualquier tipo de tratamiento o procedimiento médico, incluso cuando a consecuencia de ello pueda producirse mi muerte. Mi mandatario tendrá el mismo acceso que yo a mis registros médicos, incluido el derecho de dar a conocer el contenido a otras personas. Asimismo, mi mandatario tendrá plenas facultades para autorizar una autopsia, y para dar instrucciones respecto a cómo disponer de mis restos. Al producirse mi fallecimiento, mi mandatario tendrá facultad plena para realizar una donación anatómica de lo siguiente (marcar con sus iniciales una opción):

Cualquier órgano:

Órganos específicos:

(El otorgamiento de facultades precedente tiene como fin ser lo más amplio posible de modo que su mandatario tenga autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o concluir cualquier tipo de atención de la salud, incluida la administración de alimentos y agua, así como otras medidas para prolongar la vida, siempre que su mandatario considere que esa acción sería coherente con su intención y sus deseos. Si usted desea limitar el alcance de las facultades de su mandatario, o bien prescribir normas especiales, o limitar la facultad de realizar donaciones anatómicas, autorizar su autopsia o disponer de sus restos, puede hacerlo en los siguientes párrafos.)

(continuación)

2. Las facultades otorgadas precedentemente no incluirán las facultades siguientes, o bien estarán sujetas a las siguientes normas o limitaciones (aquí usted puede incluir toda limitación específica que considere apropiada, tal como: su propia definición de cuándo deben suspenderse las medidas para prolongar la vida; la indicación de continuar administrando alimentos, fluidos y tratamiento para prolongar la vida en todos los casos; o instrucciones para rechazar cualquier tipo de tratamiento específico que no guarde coherencia con sus creencias religiosas, o que sean inaceptables para usted por cualquier otra razón, como transfusiones de sangre, terapia electroconvulsiva, amputación, psicocirugía, internación voluntaria en una institución para enfermedades mentales, etc.):

(La cuestión del tratamiento para prolongar la vida es de particular importancia. Para facilitarle el manejo de este tema, a continuación se incluyen algunos enunciados generales respecto al rechazo o la suspensión del tratamiento para prolongar la vida. Si usted está de acuerdo con alguno de estos enunciados, marque con sus iniciales el enunciado correspondiente, pero no inicie más de uno:)

_____ Iniciales No deseo que se prolongue mi vida, y tampoco que se me proporcione o se continúe proporcionándome tratamiento para prolongar mi vida si mi mandatario considera que las cargas que impone dicho tratamiento superan los beneficios esperados. Al tomar decisiones relativas al tratamiento para prolongar mi vida, deseo que mi mandatario considere, además de esa prolongación, el alivio del sufrimiento, los gastos involucrados y la calidad.

_____ Iniciales Deseo que se prolongue mi vida, y también deseo que se me proporcione o se continúe proporcionándome tratamiento, a menos que esté en un estado de coma que, a juicio del médico interviniente, sea irreversible de conformidad con principios médicos razonables al momento de referencia. En caso de haber sufrido un estado de coma irreversible, deseo que no se me administre o se interrumpa el tratamiento para prolongar la vida.

_____ Iniciales Deseo que se prolongue mi vida en el mayor grado posible, independientemente de mi condición, de las posibilidades de recuperación, o del costo de los procedimientos.

(Este poder puede ser enmendado o revocado por usted en la manera establecida en la sección 4.6 de la “Ley sobre Poderes para Atención de la Salud” de Illinois (vea el dorso de este formulario). En ausencia de enmienda o revocación, la autoridad otorgada en este poder adquirirá vigencia en el momento en que se firme dicho poder, y continuará hasta que se produzca su fallecimiento, o con posterioridad si se autoriza la donación anatómica, la autopsia o la disposición de los restos, a menos que se disponga una limitación en la fecha de comienzo o en la duración, marcando con sus iniciales y completando una o ambas de las siguientes cláusulas:)

3.() Este poder adquirirá vigencia el _____

(inserte una fecha o un evento durante su vida, tales como la determinación de su incapacidad por parte de un tribunal, en cuyo momento desea que comience la vigencia de este poder)

4.() Este poder concluirá el _____

(inserte una fecha o un evento futuro, tales como la determinación de su incapacidad por parte de un tribunal, en cuyo momento desea que concluya este poder antes de su fallecimiento)

(continuación)

(Si usted desea designar mandatarios sucesores, inserte los nombres y domicilios de dichos sucesores en los siguientes párrafos.)

5. En caso de que algún mandatario designado por mí fallezca, se vuelva incompetente, renuncie, se rehuse a aceptar el cargo de mandatario, o no esté disponible, designo a las siguientes personas (para que cada una de ellas actúe en forma independiente y sucesiva, en el orden mencionado) como sucesores de dicho mandatario:

A los fines del presente párrafo 5, una persona se considerará incompetente si es menor de edad, declarada incompetente, incapacitada, o bien incapaz de dar una pronta e inteligente consideración a cuestiones de atención de la salud, según lo certifique un médico con la licencia correspondiente.

(Si usted desea designar a su mandatario como guardián de su persona, para el caso en que un tribunal resuelva que es necesario designarlo, usted puede, aunque no tiene la obligación de hacerlo, designarlo utilizando el párrafo siguiente. El tribunal designará a su mandatario en caso de que resuelva que dicha designación atenderá sus intereses y su bienestar. Si no desea que su mandatario actúe como guardián, tache el párrafo 6.)

6. En caso de que deba designarse un guardián para mi persona, designo con tal carácter al mandatario que se desempeñe conforme al presente poder, quien actuará sin caución o garantía.

7. Estoy plenamente informado sobre el contenido de este formulario, y comprendo el total alcance de las facultades otorgadas a mi mandatario.

Firma _____
(mandante)

El mandante ha tenido la oportunidad de leer el formulario precedente, y ha estampado su firma o ratificado su firma o su marca en el mismo, en mi presencia.

_____ Con domicilio en _____
(testigo)

(Usted puede, aunque no tiene la obligación de hacerlo, solicitar a su mandatario y sus mandatarios sucesores que incluyan a continuación una muestra de su firma. Si usted incluye dichas muestras de firma en este poder, deberá completar la certificación que figura junto a las firmas de los mandatarios.)

Muestras de firma del mandatario (y sucesores)

Certifico que las firmas de mi mandatario (y sucesores) son correctas.

(mandatario)

(mandante)

(mandatario sucesor)

(mandante)

(mandatario sucesor)

(mandante)