



# Versión Abreviada del Formulario Legal de Illinois Poder Notarial Para Cuidado Médico

## AVISO PARA LA PERSONA QUE FIRMA EL PODER NOTARIAL PARA CUIDADO MÉDICO

Nadie puede anticipar cuándo podría ocurrir una enfermedad o un accidente de gravedad. Cuando sucede, puede necesitar que otra persona hable o tome decisiones sobre cuidado médico por usted. Si lo planifica ahora, puede aumentar las posibilidades de que el tratamiento médico que reciba sea el tratamiento que desea obtener.

En Illinois, usted puede escoger a una persona para que sea su “agente de cuidado médico.” Su agente es la persona en la que confía para que tome decisiones de cuidado médico por usted en caso de que sea incapaz o no desee tomarlas por su cuenta. Estas decisiones se deben basar en sus valores y deseos personales.

Es importante que coloque por escrito su elección de un agente. El formulario escrito suele ser llamado una “directiva anticipada.” Puede usar este formulario u otro, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales de Illinois. Existen muchos recursos escritos y en línea que pueden servirle de guía a usted y a sus seres queridos para tener una conversación acerca de estos temas. Hacer uso de estos recursos puede serle útil cuando piense acerca de su directiva anticipada y converse sobre ella.

### ¿CUÁLES SON LAS COSAS QUE QUIERO QUE SEPA MI AGENTE DE CUIDADO MÉDICO?

La selección de su agente debe ser analizada cuidadosamente, pues su agente será la última autoridad encargada de tomar decisiones cuando este documento entre en vigor - en la mayoría de las ocasiones después de que usted ya no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones. Si bien el objetivo es que su agente tome decisiones manteniendo sus preferencias y en la mayoría de las circunstancias esto es lo que sucede, tiene que saber que la ley permite que su agente tome decisiones para ordenar o rechazar intervenciones de cuidado médico o suspender un tratamiento. Su agente tendrá que pensar en las conversaciones que han tenido, su personalidad, y en cómo usted manejó otros asuntos de cuidado médico importantes en el pasado. Por lo tanto, es importante que hable con su agente y con su familia acerca de cosas como:

- (i) ¿Qué es lo más importante para usted en su vida?
- (ii) ¿Cuán importante es para usted evitar el dolor y el sufrimiento?
- (iii) Si tuviera que elegir, ¿es para usted más importante vivir todo el tiempo posible o evitar un sufrimiento o una discapacidad prolongados?
- (iv) En los últimos días o semanas de su vida, ¿preferiría estar en su casa o en un hospital?
- (v) ¿Tiene usted creencias religiosas, espirituales o culturales que desea que sean tomadas en cuenta por su agente y por otras personas?
- (vi) ¿Desea realizar una contribución importante a la ciencia médica luego de su muerte a través de la donación de órganos o de todo su cuerpo?
- (vii) ¿Cuenta con alguna directiva anticipada existente, como por ejemplo un testamento vital, que contenga sus deseos específicos acerca de cuidado médico que sólo esté retrasando su fallecimiento? Si tiene otra directiva anticipada, asegúrese de hablar con su agente sobre esa directiva y sobre las decisiones de tratamiento allí contenidas que resumen sus preferencias. Asegúrese de que su agente acepte cumplir los deseos expresados en su directiva anticipada.

## ¿QUÉ TIPO DE DECISIONES PUEDE TOMAR MI AGENTE?

Si alguna vez su médico decide que usted no puede tomar sus propias decisiones sobre cuidado médico por un período de tiempo, o si usted no desea tomar sus propias decisiones, algunas de las acciones que puede tomar su agente son:

- (i) hablar con médicos y otros proveedores de cuidado médico acerca de su condición.
- (ii) ver historiales médicos y aprobar qué otras personas pueden verlos.
- (iii) otorgar permiso para pruebas médicas, medicamentos, cirugía y otros tratamientos.
- (iv) escoger dónde recibirá atención y qué médicos y otros profesionales le atenderán.
- (v) decidir aceptar, suspender o rechazar tratamientos destinados a mantenerle con vida si está próximo a morir o es improbable que se recupere. Usted puede escoger incluir directivas y/o restricciones relacionadas con la autoridad de su agente.
- (vi) aceptar o rechazar la donación de sus órganos o de todo su cuerpo en caso de que usted no ha-ya tomado esa decisión. Esto podría incluir la donación para trasplante, investigación y/o educación. Tiene que hacerle saber a su agente si está registrado como donante en el registro de Consentimiento en Primera Persona que lleva la Secretaría de Estado de Illinois o si ha aceptado donar todo su cuerpo para la investigación médica y/o la educación.
- (vii) decidir qué hacer con sus restos mortales después de su fallecimiento, en caso de que usted no haya hecho planes al respecto.
- (viii) hablar con sus seres queridos para que le ayuden a tomar una decisión (pero su agente designado tendrá la última palabra por encima del resto de sus seres queridos).

Su agente no es responsable automáticamente de los gastos del cuidado de su salud.

## ¿A QUIÉN DEBO ESCOGER PARA QUE SEA MI AGENTE DE CUIDADO MÉDICO?

Su agente tendrá la responsabilidad de tomar decisiones sobre tratamientos médicos, incluso en el caso de que otras personas cercanas a usted recomienden una decisión diferente. La selección de su agente se debe realizar con cuidado, pues él/ella tendrá la autoridad definitiva para tomar decisiones sobre su tratamiento una vez que usted ya no pueda manifestar sus preferencias. Elija a un familiar, a un/a amigo/a o a otra persona que:

- (i) tenga 18 años de edad como mínimo;
- (ii) le conozca bien;
- (iii) goce de su confianza en cuanto a que hará lo que sea mejor para usted y esté dispuesto/a a cumplir sus deseos, incluso si no está de acuerdo con sus deseos;
- (iv) se sentirá cómodo/a al hablar y realizar preguntas a sus médicos y a otros proveedores de cuidado médico;
- (v) en caso de que usted se enferme de gravedad, no se sienta demasiado afectado/a como para no cumplir sus deseos; y
- (vi) pueda estar disponible para usted cuando lo necesite y esté dispuesto/a a aceptar este rol importante.

## ¿QUÉ SUCEDE SI MI AGENTE NO ESTÁ DISPONIBLE O NO ESTÁ DISPUESTO/A A TOMAR DECISIONES EN MI NOMBRE?

Si la persona que es su primera elección no puede cumplir con este rol, entonces las decisiones serán tomadas por el segundo agente que haya escogido; si su segundo agente no está disponible, entonces el tercer agente que haya elegido será quien tome las decisiones. A su segundo y a su tercer agente se les conoce como sus agentes sucesores y actúan como agentes de respaldo para su agente seleccionado en primer lugar; sólo pueden actuar uno a la vez y en el orden que usted haya indicado.

## **¿QUÉ SUCEDERÁ EN CASO DE QUE NO ELIJA UN AGENTE DE CUIDADO MÉDICO?**

Si se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones sobre el cuidado médico y no ha nombrado a ningún agente por escrito, su médico y otros proveedores de cuidado médico le solicitarán a un familiar, amigo o tutor que tome decisiones por usted. En Illinois, una ley ordena a cuáles de estas personas se consultará. En esa ley, a cada una de estas personas se le llama un “sustituto”.

Existen razones por las que puede desear nombrar a un agente en lugar de depender de un sustituto:

- (i) Es posible que la(s) persona(s) indicada(s) por esta ley no sea(n) aquella(s) que usted desearía que tomara(n) decisiones por usted.
- (ii) Algunos familiares o amigos pueden no ser capaces de o no estar dispuestos a tomar decisiones de la manera en la que usted desearía que lo hicieran.
- (iii) Los familiares y amigos pueden disentir entre sí acerca de la cuestión a decidir.
- (iv) En algunas circunstancias, es posible que un sustituto no pueda tomar los mismos tipos de decisiones que sí puede tomar un agente.

## **¿QUÉ SUCEDE SI NO TENGO A NINGUNA PERSONA DE CONFIANZA DISPONIBLE PARA SER MI AGENTE?**

En esta situación, es especialmente importante hablar con su médico y con otros proveedores de cuidado médico y elaborar una guía escrita sobre aquello que desea y no desea, en caso de que alguna vez se enferme gravemente y no pueda expresar sus deseos. Usted puede completar un testamento vital. También puede escribir sus deseos y/o hablar sobre ellos con su médico u otro proveedor de cuidado médico y pedirle que los escriba en su historia clínica. También puede utilizar recursos escritos o en línea como guía en este proceso.

## **¿QUÉ DEBO HACER CON ESTE FORMULARIO DESPUÉS DE COMPLETARLO?**

Siga estas instrucciones después de que haya completado el formulario:

- (i) Firme el formulario en presencia de un testigo. Vea en el formulario una lista de las personas que pueden actuar como testigos y las que no pueden hacerlo.
- (ii) Solicítele al testigo que también firme el formulario. No es necesario que el formulario sea notariado.
- (iii) Entréguele una copia a su agente y a cada uno de sus agentes sucesores.
- (iv) Entréguele otra copia a su médico.
- (v) Lleve una copia con usted cuando vaya al hospital.
- (vi) Muestre el formulario a su familia y sus amigos y a otras personas que cuidan de usted.

## **¿QUÉ SUCEDE SI CAMBIO DE OPINIÓN?**

Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, dígame a alguna persona de 18 años de edad o más que ha cambiado de opinión, y/o destruya su documento y todas las copias. Si lo desea, complete un nuevo formulario y asegúrese de que todas las personas a las que les dio el formulario viejo tengan una copia del nuevo; esto incluye, pero no se limita a sus agentes y sus médicos.

## **¿QUÉ SUCEDE SI NO DESEO USAR ESTE FORMULARIO?**

En caso de que no desee usar el formulario legal de Illinois que se suministra aquí, cualquier documento que complete tiene que estar firmado por usted. Designe a un agente mayor de 18 años de edad y que no tenga prohibido actuar como su agente, y declarar las facultades del agente. No precisa ser atestiguado ni ajustarse en ningún otro sentido a poder notarial para cuidado médico legal.

Si tiene alguna pregunta acerca del uso de cualquier formulario, puede consultar a su médico, a otro proveedor de cuidado médico y/o a un abogado.



# Versión Abreviada del Formulario Legal de Illinois Poder Notarial Para Cuidado Médico

## MI PODER NOTARIAL PARA CUIDADO MÉDICO

**ESTE PODER NOTARIAL PARA CUIDADO MÉDICO REVOCA TODOS LOS PODERES NOTARIALES PARA CUIDADO MÉDICO ANTERIORES.**

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

Mi dirección: \_\_\_\_\_

**DESEO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE CUIDADO MÉDICO** (un agente es su representante personal conforme a la ley estatal y federal):

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

(Dirección del agente) \_\_\_\_\_

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

### MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES SOBRE CUIDADO MÉDICO POR MÍ, QUE INCLUYEN:

- (i) Decidir aceptar, suspender, o rechazar el tratamiento de cualquier condición física o mental que pudiera tener, incluidas decisiones relacionadas con la vida y la muerte.
- (ii) Aceptar internarme o darme de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución, incluyendo-se un centro de salud mental.
- (iii) Tener acceso completo a mis historiales médicos y de salud mental, y compartirlos con otras personas según sea necesario, incluso después de mi muerte.
- (iv) Cumplir los planes que ya hice, o si no acordé ningún plan, tomar decisiones acerca de mi cuerpo o mis restos mortales, lo que incluye la donación de órganos, tejidos, o de todo el cuerpo, autopsia, cremación y entierro.

La concesión de poder anterior pretende ser lo más amplia posible, para que mi agente tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o poner fin a cualquier tipo de cuidado médico, lo que incluye la suspensión de la alimentación e hidratación y otras medidas de soporte vital.

**AUTORIZO A MI AGENTE A: (Por favor, marque una sola casilla; si hay más de una casilla marcada o si no se ha marcado ninguna, se implementará la instrucción que se encuentra en la primera casilla debajo).**

- Tomar decisiones en mi nombre exclusivamente cuando yo no pueda tomarlas por mí mismo. El(los) médico(s) que me atienda(n) decidirá(n) el momento en el que carezca de esta capacidad.
- Tomar decisiones por mí a partir de ahora y continuar tomándolas después de que ya no sea capaz de tomarlas por mí mismo. Mientras siga siendo capaz de tomar mis propias decisiones, puedo hacerlo si lo deseo.

### TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

El tema del tratamiento de soporte vital es de particular importancia. Los tratamientos de so-porte pueden incluir la alimentación por sonda o la administración de líquidos por sonda, respirado-res y reanimación cardiopulmonar. En general, a la hora de tomar decisiones relacionadas con un tratamiento de soporte vital, a su agente se le instruye para que tome en cuenta el alivio del sufri-miento, la calidad así como también la posible prolongación de su vida, y sus deseos previamente expresados. Su agente ponderará las molestias frente a los beneficios de los tratamientos propuestos al tomar decisiones en su nombre.

Debajo se describen otras declaraciones acerca de la suspensión o el retiro de un tratamiento de soporte vital. Estas pueden servir como una guía para su agente a la hora de tomar decisiones por usted. Consulte a su médico o proveedor de cuidado médico si tiene alguna pregunta acerca de estas declaraciones. **SELECCIONE DEBAJO SÓLO LA DECLARACIÓN QUE EXPRESE MEJOR SUS DESEOS (opcional):**

- La calidad de mi vida es más importante que la duración de mi vida. Si estoy inconsciente y el médico responsable de mi cuidado cree, de acuerdo con estándares médicos razonables, que no volveré a despertar o a recuperar mi capacidad de pensar, comunicarme con mi familia y mis amigos, y experimentar todo lo que me rodea, no deseo recibir tratamientos que prolonguen mi vida o retrasen mi muerte, pero sí deseo un tratamiento o un cuidado que me haga sentir cómodo y alivie mi dolor.
- Continuar con vida es más importante para mí, sin importar cuán enfermo esté, cuánto esté sufriendo, el costo de los procedimientos o cuán improbables sean mis posibilidades de recuperación. Quiero que mi vida sea prolongada hasta el máximo posible de acuerdo con estándares médicos razonables.

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

La concesión de poder anterior pretende ser lo más amplia posible, para que su agente tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o poner fin a cualquier tipo de cuidado médico. Si desea limitar el alcance de las facultades de su agente u ordenar reglas especiales o limitar la facultad de autorizar una autopsia o disponer de mis restos mortales, puede hacerlo específicamente en las líneas que están debajo o agregar otra página en caso de ser necesario:

---

---

---

---

**PARA QUE ESTE FORMULARIO SEA VÁLIDO, USTED Y UN TESTIGO TIENEN QUE FIRMAR ESTE FORMULARIO.**

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

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

Tengo al menos 18 años de edad, y (marque una de las opciones debajo):

- He visto al mandante firmar este documento, o
- El mandante me dijo que la firma o marca en la línea de firma del mandante le pertenece.

No soy el agente ni el(los) agente(s) sucesor(es) nombrado(s) en este documento. No estoy emparentado con el mandante, el agente o el(los) agente(s) sucesor(s) por sangre, matrimonio ni adopción. No soy el médico ni el proveedor de servicios de salud mental del mandante, ni soy familiar de una de esas personas. No soy el dueño ni el operador (ni el pariente de un dueño u operador) de un centro médico donde el mandante es un paciente o residente.

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

Dirección del testigo: \_\_\_\_\_

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

**AGENTE(S) DE CUIDADO MÉDICO SUCESOR(ES) (opcional):**

Si el agente que he seleccionado no puede o no desea tomar decisiones sobre cuidado médico en mi nombre, solicito que la(s) persona(s) que nombro debajo sea(n) mi(s) agente(s) de cuidado médico sucesor(es). Sólo una persona a la vez puede actuar como mi agente (agregue otra página si desea añadir más nombres de agentes sucesores):

\_\_\_\_\_  
(Nombre, dirección y número de teléfono del agente sucesor N° 1)

\_\_\_\_\_  
(Nombre, dirección y número de teléfono del agente sucesor N° 2)