

Designación de un apoderado para la atención médica

A continuación, indique en quién confía para que hable en su nombre, en caso de que sea necesario:

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____, (fecha de nacimiento) ____/____/____, designo

como mi apoderado para la atención médica a:

Nombre del apoderado principal para la atención médica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Si el apoderado para la atención médica mencionado anteriormente no está dispuesto, no es capaz o no está disponible para realizar sus tareas, designo como mi apoderado sustituto para tomar dichas decisiones a:

Nombre del apoderado sustituto para la atención médica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Autorizo a mi apoderado para la atención médica a realizar lo siguiente:

____ (Escriba su inicial aquí) Recibir información médica, ya sea en forma oral o grabada en cualquier formato o medio, que:

1. Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de atención médica, un seguro médico, una autoridad de salud pública, un empleador, una aseguradora de seguros de vida, un colegio o una universidad, o una cámara de compensación de atención médica, Y
2. Esté relacionada con mi salud o mi afección física o mental pasada, presente o futura; la prestación de atención médica que se me brinde; o el pago pasado, presente o futuro por dicha prestación de atención médica.

También autorizo a mi apoderado para la atención médica a realizar lo siguiente:

____ (Escriba su inicial aquí) Tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, lo que significa que tiene facultades para:

1. Proporcionar el consentimiento informado, la negativa al consentimiento o el retiro del consentimiento para cualquier tipo de atención médica, incluidos los procedimientos que prolonguen la vida.
2. Solicitar en mi nombre subsidios privados, públicos, gubernamentales o para veteranos para costear los gastos de la atención médica.
3. Acceder a la información médica que se considere razonablemente necesaria para que mi apoderado pueda tomar decisiones relacionadas con mi atención médica y solicitar subsidios para mí.
4. Decidir hacer donaciones de órganos en virtud de la parte V del capítulo 765, de los Estatutos del Estado de Florida.

____ (Escriba sus iniciales aquí) Instrucciones y restricciones específicas: _____

Mientras tenga capacidad para tomar decisiones, mis deseos tienen prioridad, y mis médicos y proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio en el plan de tratamiento antes de su implementación. En la medida en que tenga capacidad para comprender, mi apoderado para la atención médica me mantendrá informado, de manera razonable, sobre todas las decisiones que haya tomado en mi nombre y en cuestiones relacionadas conmigo.

La facultad de mi apoderado para la atención médica entrará en vigor cuando mi médico de cabecera determine que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, *a menos* **que coloque mis iniciales en uno o ambos de los siguientes para que entre en vigor de inmediato:**

____ (Escriba sus iniciales aquí) Para recibir mi información de atención médica.

____ (Escriba sus iniciales aquí) Para tomar decisiones sobre mi atención médica en mi nombre, **siempre que no se contrapongan con las decisiones de atención médica que yo haya tomado.**

- Puedo modificar mis instrucciones anticipadas en cualquier momento al (1) completar y firmar nuevos formularios que anulen automáticamente cualquier formulario anterior, (2) indicar verbalmente o firmar una declaración que indique mi intención de cambiar de forma sustancial mi documento de instrucciones anticipadas actual, o (3) expresar verbalmente mi intención de destruir, destruir físicamente o solicitar a alguien que destruya mi documento de instrucciones anticipadas.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Fecha: ____/____/20____

Nombre en letra de imprenta: _____ Dirección: _____

FIRMAS DE LOS TESTIGOS:

Primer testigo:

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/20____

Segundo testigo:

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/20____

[Debe tener 18 años o más y no haber sido nombrado como apoderado.

Al menos uno de los testigos no debe ser consanguíneo del paciente ni ser su cónyuge].

Designación de un apoderado para la atención médica

Este formulario de designación de un apoderado para la atención médica ayudará al equipo de atención médica a hablar con la persona en quien usted confía para hablar en su nombre cuando ya no pueda participar de forma eficaz en la toma de decisiones.

- Es buena idea proporcionar copias a su(s) apoderado(s) para la atención médica o a los médicos.
- Analice sus deseos de atención médica con su(s) apoderado(s)
- Puede revocar (destruir o anular) un documento de instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Instrucciones: este documento de instrucciones anticipadas que designa a su(s) apoderado(s) de atención médica tendrá validez legal una vez que:

- ☐ lo llene,
- ☐ lo firme,
- ☐ lo feche,
- ☐ y dos personas de 18 años o más que no hayan sido nombradas apoderadas firmen como testigos. Al menos uno de los testigos no debe ser consanguíneo del paciente ni ser su cónyuge.

Designación de un apoderado para la atención médica



© 2020 The Cleveland Clinic Foundation. Todos los derechos reservados.

V1.10.2020

