



## **CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD** **Instrucciones e Información**

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Use esta forma si usted quiere seleccionar a una persona, llamada un “agente”, para que tome decisiones futuras para el cuidado de su salud por usted, si usted está demasiado enfermo/a o no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a, la persona que usted escoja y en la cual confíe podrá tomar decisiones médicas por usted. Asegúrese de que usted entienda la importancia de este documento. Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

**ELECCIÓN DE AUTOPSIA:** Si no hay razón legal alguna para que se requiera una autopsia, usted puede decidir si cuando usted muera desea que se le haga una autopsia o no, o si desea que su agente tome esta decisión por usted. Generalmente hay un cargo para las autopsias voluntarias. Usted puede ayudar a su familia y seres queridos clarificando sus preferencias sobre este tema. Para información adicional sobre las autopsias, por favor lea los Estatutos de Arizona Modificados §§ 11-591 y 11-597.

**ELECCIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL):** Usted puede determinar si desea donar sus órganos o tejidos, y si lo hace, entonces qué órganos o tejidos desea donar, para qué propósitos, y a qué organizaciones. Usted también tiene la opción de donar su cuerpo entero para propósitos de investigación. O puede optar por dejarle la decisión a su agente. Para información adicional sobre la Donación de Órganos, por favor lea en los Estatutos de Arizona Modificados §§ Título 36, Capítulo 7, Artículo 3 las leyes relacionadas con ello.

**ELECCIÓN DE FUNERAL Y ENTIERRO (OPCIONAL):** En esta forma usted puede determinar sus elecciones de funeral y entierro. Usted puede elegir si después de su muerte, desea que se le entierre y dónde, o si quiere ser cremado/a y a dónde irán sus cenizas, o puede elegir que su agente tome esa decisión.

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

**POR FAVOR TOME NOTA:** Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

**NO** haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

### **El testigo o Notario Público NO DEBE ser cualquier persona que:**

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA  
KRIS MAYES**

**Carta Poder para el Cuidado de la Salud**

**Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio Electrónico: \_\_\_\_\_

**Selección de mi agente y alterno en la carta poder para el cuidado de mi salud:**

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como mi agente en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Yo elijo a la siguiente persona para que actúe como agente alterno en la toma de decisiones para el cuidado de mi salud a mi nombre si mi primer agente no está disponible, no está dispuesto, o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

YO AUTORIZO a mi agente para que tome decisiones para el cuidado de mi salud por mí cuando yo no pueda hacerlo o cuando no pueda comunicar mis propias decisiones sobre el cuidado de mi salud. Yo quiero que mi agente tome todas dichas decisiones por mí a excepción de aquellas decisiones que yo he declarado expresamente en esta forma, las cuales no autorizo que él/ella tome. Si yo puedo entender, mi agente me debería explicar cualquier elección que él/ella haya tomado. Yo además autorizo a mi agente para que tenga acceso a mis “registros de información personal protegida del cuidado de la salud y registros médicos”. Este nombramiento estará vigente a menos que sea revocado por mí o por una orden de la corte.

**Decisiones para el cuidado de la salud que yo expresamente NO AUTORIZO si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo/a:** (Explique o escriba “Ninguna”)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mis deseos específicos en cuanto a una autopsia (información adicional en la página 1):**

\*Por favor tenga en cuenta que si no es requerida por la ley, una autopsia voluntaria puede costar dinero. Ponga una inicial junto a su elección:

\_\_\_\_\_: Después de mi muerte YO NO consiento a una autopsia voluntaria.

\_\_\_\_\_: Después de mi muerte YO SÍ consiento a una autopsia voluntaria.

\_\_\_\_\_: Mi agente puede otorgar o denegar su consentimiento para una autopsia.

**Mis deseos específicos en cuanto a la donación de órganos (información adicional en la página 1):**

Si usted no pone sus iniciales en esta sección, su agente puede tomar estas decisiones por usted. Ponga una inicial junto a su elección:

\_\_\_\_: YO NO QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos, y YO NO QUIERO que esta donación sea autorizada a mi nombre por mi agente o mi familia.

\_\_\_\_: Yo ya he firmado un acuerdo o tarjeta de donante por escrito con respecto a la donación con el/la siguiente individuo o institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_: YO SI QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos cuando muera. Aquí están mis instrucciones:

**1. Los órganos/tejidos que yo elijo donar (ponga sus iniciales abajo):**

a. \_\_\_\_: Todo el cuerpo

b. \_\_\_\_: Cualquier parte u órgano necesario

c. \_\_\_\_: Sólo estas partes u órganos:

i. \_\_\_\_\_

**2. Yo estoy donando los órganos/tejidos para (ponga sus iniciales abajo):**

a. \_\_\_\_: Cualquier propósito legalmente autorizado

b. \_\_\_\_: Sólo para propósitos de trasplantes o terapéuticos

c. \_\_\_\_: Sólo para investigación

d. \_\_\_\_: Otro: \_\_\_\_\_

**3. La organización o persona a quien quiero que vayan mis órganos/tejidos es (ponga sus iniciales abajo):**

a. \_\_\_\_: \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_: Cualquiera que elija mi agente

**Mis deseos específicos sobre la disposición del funeral y el entierro (información adicional en la página 1):**

\_\_\_\_: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado. (En lugar de cremado)

\_\_\_\_: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea enterrado en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado.

\_\_\_\_: Después de mi muerte, yo dirijo que mi cuerpo sea cremado y que mis cenizas sean \_\_\_\_\_

\_\_\_\_: Mi agente tomará todas las decisiones del funeral y del entierro.

### ¿Tiene usted un testamento en vida?

Si tiene un Testamento en Vida, **usted debe adjuntar** el Testamento en Vida a esta forma. Un Testamento en Vida en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General [www.azag.gov](http://www.azag.gov). Ponga sus iniciales abajo.

\_\_\_\_\_: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud un Testamento en Vida completo.

\_\_\_\_\_: Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

### ¿Tiene usted una Orden Médica Portátil (POLST por sus siglas en inglés)?

Una forma de una orden **POLST** se usa cuando usted se enferma seriamente o está muy frágil y hacia el final de su vida. Una forma de una orden POLST en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General [www.azag.gov](http://www.azag.gov). Ponga sus iniciales abajo.

\_\_\_\_\_: Yo he FIRMADO Y ADJUNTADO a esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud una orden POLST.

\_\_\_\_\_: Yo NO HE FIRMADO una orden POLST.

### ¿Tiene usted una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización – un tipo de forma para que No Le Resuciten (DNR por sus siglas en inglés)?

Una forma de una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en blanco está disponible en el sitio web del Procurador General [www.azag.gov](http://www.azag.gov). Ponga sus iniciales abajo.

\_\_\_\_\_: Mi doctor o proveedor de cuidado para la salud y yo HEMOS FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR en papel con trasfondo color NARANJA para usarse el caso en el que Técnicos de Emergencia Médica o personal de emergencia en un hospital sean llamados y mi corazón o respiración se hayan detenido.

\_\_\_\_\_: Yo NO HE FIRMADO una Directiva de Atención Médica Pre-Hospitalización o DNR.

### AFIDÁVIT DEL MÉDICO (OPCIONAL)

Es posible que usted desee hacerle preguntas a su médico con respecto a un tratamiento en particular o sobre las opciones en la forma. Si usted habla con su médico, es una buena idea pedirle a su médico que complete este affidavit y que conserve una copia para sus archivos.

Yo, el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ he revisado este documento y he hablado con \_\_\_\_\_ sobre cualquier pregunta con respecto a las consecuencias médicas posibles de las opciones de tratamiento provistas arriba. Esta plática con el/la principal ocurrió en este día \_\_\_\_\_. Yo he accedido a cumplir con las disposiciones de esta directiva.

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Médico

### RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE BAJO EL DECRETO HIPAA

\_\_\_\_\_  
**(Inicial)** Yo deseo que mi agente sea tratado/a como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otros registros médicos. Esta autoridad de renuncia aplica a cualquier información regida por el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocido como HIPAA por sus siglas en inglés), códigos 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

**Revocabilidad de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud:** Yo retengo el derecho de revocar toda o cualquier porción de esta forma o de descalificar a cualquier agente designado por mí en este documento.

**VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN LA CARTA PODER PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

Mi Firma (Principal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.**

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarla en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/LA TESTIGO (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser testigo)**

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma. Yo afirmo que satisfago los requerimientos para ser testigo como se indica en la página uno de la forma de la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.

Firma del/la Testigo/Notario/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_



**FIRMA DEL/LA NOTARIO/A (Vea en la Página 1 quien NO PUEDE ser Notario/a)**

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

**CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las cinco páginas de esta Carta Poder para el Cuidado de la Salud**

**Fechada el** \_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de 20** \_\_\_\_.

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Nombre del/la Principal

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este \_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del/la Notario/a Público/a: \_\_\_\_\_

Mi Comisión Expira en: \_\_\_\_\_



## TESTAMENTO EN VIDA (Atención al Final de la Vida) Instrucciones

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Use esta forma para tomar decisiones ahora con respecto a su atención médica en caso de que usted llegue a encontrarse en una condición mortal, un estado vegetativo persistente, o una coma irreversible. Usted debe hablar con su doctor sobre lo que significan estos términos.

Un Testamento en Vida son las instrucciones por escrito a la persona estipulada en su Carta Poder para el Cuidado de la Salud también conocida como su "agente", a su familia, a su médico, y a cualquier otra persona que pueda tomar decisiones sobre su atención médica por usted si usted no puede comunicarse por sí mismo/a.

Es una buena idea hablar con su doctor y seres amados si tiene preguntas sobre el tipo de cuidado para la salud que usted quiere o no quiere.

**IMPORTANTE: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder para el Cuidado de la Salud, usted debe adjuntar el Testamento en Vida a la Carta Poder para el Cuidado de la Salud.**

Si usted llena esta forma, asegúrese de **NO FIRMARLA SINO HASTA** que su testigo o notario público esté presente para verle firmarla.

**POR FAVOR TOME NOTA:** Por lo menos un testigo adulto, que no incluya a un proxy si lo hay, O un Notario Público deben presenciar cuando usted firme este documento.

**NO** haga que los documentos sean firmados por ambos, un testigo y un notario, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

**El testigo o notario público NO DEBE ser cualquier persona que:**

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté relacionada con usted por sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea designada como su agente
- (e) esté envuelta en el suministro del cuidado de su salud en el momento en el que esta forma sea firmada

**OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA  
KRIS MAYES**

**Testamento en Vida**

**Mi Información (Yo soy el/la “Principal”):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Domicilio Electrónico: \_\_\_\_\_

Algunas declaraciones generales con respecto a sus elecciones sobre el cuidado de su salud están listadas a continuación. Si usted está de acuerdo con una de las declaraciones, debe poner sus iniciales junto a dicha declaración. Lea todas las declaraciones cuidadosamente ANTES de poner sus iniciales junto a la declaración de su preferencia. Usted también puede escribir su propia declaración en cuanto al tratamiento para sostener la vida y otros asuntos relacionados con el cuidado de su salud. Usted puede poner sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos 1, 2, 3 y 4, PERO si usted pone sus iniciales en el párrafo 5 no debe poner sus iniciales en los otros.

\_\_\_\_\_ 1. Si yo tengo una condición mortal, yo no quiero que se prolongue mi vida, y no quiero tratamiento para sostener la vida, más allá de la atención confortante, que serviría sólo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte.

*\*\*Atención confortante es el tratamiento provisto para tratar de proteger y mejorar la calidad de vida sin artificialmente prolongar la vida.*

\_\_\_\_\_ 2. Si yo tengo una condición mortal o estoy en una coma irreversible o en un estado vegetativo persistente que mis doctores razonablemente crean que es irreversible o incurable, yo quiero el tratamiento médico necesario para proveer el cuidado que me mantendría confortable, pero YO NO QUIERO lo siguiente:

\_\_\_\_\_ a. Resucitación cardiopulmonar (CPR). Por ejemplo, el uso de drogas, choques eléctricos, y respiración artificial.

\_\_\_\_\_ b. Alimento y fluidos administrados artificialmente.

\_\_\_\_\_ c. Ser llevado/a al hospital si es evitable.

\_\_\_\_\_ 3. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, si se sabe que estoy embarazada, no deseo que se retenga o que se retire el tratamiento para sostener la vida si es posible que el embrión/feto se desarrolle al punto de un nacimiento con vida con la aplicación continua del tratamiento para sostener la vida.

\_\_\_\_\_ 4. Sin importar cualquier otra instrucción que yo haya dado en este Testamento en Vida, yo quiero usar toda la atención médica necesaria para tratar mi condición hasta que los doctores concluyan razonablemente que mi condición es mortal o es irreversible e incurable, o que yo me encuentre en un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ 5. Yo quiero que mi vida sea prolongada tanto como sea posible (Si usted pone sus iniciales junto a esta declaración, no debe poner sus iniciales en cualquiera de las otras).

**POR FAVOR TOME NOTA:** Usted puede adjuntar instrucciones adicionales a sus deseos de atención médica si no han sido incluidas en esta forma de Testamento en Vida. Ponga sus iniciales o una marca junto a la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir el adjunto si usted marca la opción B.

\_\_\_\_\_ A. YO NO HE adjuntado instrucciones especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

\_\_\_\_\_ B. YO SÍ HE adjuntado disposiciones o limitaciones adicionales especiales sobre el Cuidado al Final de la Vida que yo quiero.

**LA VERIFICACIÓN DE MI FIRMA EN EL TESTAMENTO EN VIDA**

Mi Firma (Principal): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si usted no puede firmar físicamente este documento, su testigo/notario puede firmar y poner sus iniciales a su nombre. Si es aplicable, haga que su testigo/notario firme abajo.**

Verificación del/la Testigo/Notario/a: El/la principal de este documento me indicó directamente que este Testamento en Vida expresa sus deseos y tiene la intención de adoptarlo en este momento.

Firma del/la Testigo/Notario/a: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/LA TESTIGO**

Yo estuve presente cuando esta forma fue firmada (o marcada). El/la principal parece estar de mente sana y no se le forzó para que firme esta forma.

Firma del/la Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre el Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**O**

**FIRMA DEL/LA NOTARIO/A**

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su forma, usted NO DEBE hacer que la firme un notario):

**CERTIFICACIÓN NOTARIAL: Se refiere a las tres páginas de este Testamento en Vida**

**Fechado el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.**

ESTADO DE ARIZONA) ss

CONDADO DE \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Nombre del/la Paciente

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí este \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del/la Notario/a Público/a: \_\_\_\_\_

Mi Comisión Expira en: \_\_\_\_\_