

∞ Declaración para Tratamiento de Salud Mental ∞

Yo, _____, nacido/a el _____, como soy adulto/a y estoy en pleno uso de mis facultades, hago deliberadamente y por voluntad propia la presente declaración para tratamiento de salud mental. La misma debe seguirse si queda determinado por dos médicos o el tribunal que mi capacidad de recibir y evaluar eficazmente información o comunicar decisiones se ve perjudicada a tal grado que me falta la capacidad de rehusar o dar consentimiento al tratamiento de salud mental. "Tratamiento de salud mental" significa el tratamiento electroconvulsivo, tratamiento de enfermedad mental con medicamentos sicotrópicos e ingreso en una instalación de cuidado médico y retención en la misma durante un plazo de hasta 17 días.

Comprendo que puedo llegar a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental a causa de los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Dichos síntomas pueden incluir:

MEDICAMENTOS SICOTRÓPICOS

En caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mi voluntad con respecto a los medicamentos sicotrópicos es como sigue:

_____ Consiento en la administración de los siguientes medicamentos:

_____ No consiento en la administración de los siguientes medicamentos:

Condiciones o limitaciones: _____

TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO

En caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mi voluntad con respecto al tratamiento electroconvulsivo es como sigue:

_____ Consiento en la administración del tratamiento electroconvulsivo.

_____ No consiento en a la administración del tratamiento electroconvulsivo.

Condiciones o limitaciones: _____

INGRESO Y RETENCIÓN EN INSTALACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

En caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mi voluntad con respecto al ingreso y retención en una instalación de servicios médicos para tratamiento de salud mental es como sigue:

_____ Consiento en ser ingresado en una instalación de servicios médicos para tratamiento de salud mental.

_____ No consiento en ser ingresado en una instalación de servicios médicos para tratamiento de salud mental.

De acuerdo con la ley, la presente directiva no puede dar consentimiento para mi retención en una instalación durante más de 17 días.

Condiciones o limitaciones: _____

ELECCIÓN DE MÉDICO (opcional)

En caso de que llegue a ser necesario determinar si yo soy incapaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, escojo al Dr. _____ de _____ para que sea uno de los dos médicos que determinarán si soy incapaz. Si dicho médico no está disponible, la persona designada por dicho médico determinará si soy capaz.

REFERENCIAS O INSTRUCCIONES ADICIONALES

Condiciones o limitaciones: _____

APODERADO

Yo por la presente nombro a:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

para que actúe como mi apoderado a fin de tomar decisiones sobre mi tratamiento de salud mental en caso de que yo llegue a ser incapaz de dar o negar el consentimiento informado para dicho tratamiento.

APODERADO (continuado)

Si la susodicha persona rehúsa o no puede actuar en mi nombre, o si yo revoco la autoridad de dicha persona de actuar como mi apoderado, autorizo a la siguiente persona para que actúe como mi apoderado:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

Mi apoderado tiene autorización para tomar decisiones que sean consecuentes con los deseos que he expresado en la presente declaración o, si no están detallados, los que mi apoderado conoce de otro modo. Si mis deseos no se han detallado, y mi apoderado no los conoce de otro modo, mi apoderado ha de actuar según lo que cree que sirve mi mejor interés.

(Firma de interesado/Fecha)

AFIRMACIÓN DE TESTIGOS

Nosotros afirmamos que conocemos personalmente al interesado, que el mismo firmó o reconoció la firma del interesado en la presente declaración para tratamiento de salud mental en nuestra presencia, que el interesado nos parece estar en su pleno juicio y que no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida, y que ninguno de nosotros es:

Una persona nombrada como apoderado en el presente documento;

El médico que atiende al interesado, su proveedor de servicios de salud mental ni un pariente del médico o proveedor;

El dueño, operador ni pariente de un dueño u operador de una instalación en la que el interesado es paciente o residente; ni

Una persona emparentada con el interesado por sangre, matrimonio o adopción.

Presenciado por:

(Firma de testigo/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

(Firma de testigo/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

ACEPTACIÓN DE NOMBRAMIENTO COMO APODERADO

Yo acepto el presente nombramiento y accedo a servir de apoderado para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental para el interesado. Comprendo que tengo el deber de actuar en consecuencia con la voluntad del interesado según se expresa en el presente nombramiento. Comprendo que este documento me concede autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental solamente cuando el interesado es incapaz según la determinación de un tribunal o dos médicos. Comprendo que el interesado puede revocar la presente declaración en su totalidad o en parte en cualquier momento y de cualquier manera cuando el interesado no es incapaz.

(Firma de apoderado/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

(Firma de apoderado/Fecha) (Nombre de testigo en letra de molde)

(continuado)

AVISO A LA PERSONA QUE HACE UNA DECLARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Este es un documento legal importante. Crea una declaración para el tratamiento de salud mental. Antes de firmar este documento, usted debe conocer la siguiente información importante:

Este documento le permite tomar decisiones de antemano sobre tres tipos de tratamiento de salud mental: medicamentos sicotrópicos, terapia electroconvulsiva e ingreso a corto plazo (de hasta 17 días) en una instalación de tratamiento. Las instrucciones que usted incluye en la presente declaración se seguirán solamente si en la opinión de dos médicos o el tribunal usted es incapaz de tomar decisiones sobre el tratamiento. De otro modo, se considerará que usted es capaz de dar o negar consentimiento para los tratamientos.

También se permite que usted nombre a una persona como su apoderado para que tome dichas decisiones de tratamiento en nombre de usted si llega a ser incapaz. La persona a quien usted nombra tiene el deber de actuar en consecuencia con su voluntad según se expresa en este documento o, si sus deseos no están detallados ni los conoce el apoderado de otro modo, tiene el deber de actuar en consecuencia con lo que él o ella cree de buena fe que sirve el mejor interés de usted. Para que el nombramiento sea vigente, la persona a quien usted nombra tiene que aceptar por escrito el nombramiento. La persona también tiene el derecho a retirarse en cualquier momento de actuar como su apoderado.

Este documento seguirá vigente durante un plazo de tres años a menos que usted llegue a ser incapaz de participar en decisiones sobre el tratamiento de salud mental. En caso de que esto ocurra, la directiva continuará vigente hasta que usted ya no sea incapaz.

Usted tiene el derecho a revocar este documento en su totalidad o en parte en cualquier momento en que un médico determina que es capaz de dar o negar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental. Una revocación es vigente cuando sea comunicada en forma escrita al médico que lo/la atiende y es firmada por usted y un médico. La revocación puede expresarse en una forma parecida a la siguiente:

REVOCACIÓN

Yo, _____, revoco deliberadamente y por voluntad propia mi declaración para el tratamiento de salud mental según se indica:

- Yo revoco mi declaración entera
- Yo revoco la siguiente porción de mi declaración

Fecha _____ Firmado _____
(Firma de interesado)

Yo, Dr./Dra. _____, he evaluado al interesado y he determinado que él o ella es capaz de dar o negar el consentimiento informado para tratamiento de salud mental.

Fecha _____ Firmado _____
(Firma de interesado)

Si se halla algo en este documento que usted no entiende, debe pedir a un abogado que se lo explique. Esta declaración no será válida a menos que sea firmada por dos testigos calificados a quien usted conoce personalmente y quienes están presentes cuando usted firma o reconoce su firma.

∞ Testamento vital ∞

DECLARACIÓN

La presente declaración se hace el _____ día de _____ (mes, año).

Yo, _____, nacido/a el _____, como estoy en pleno uso de mis facultades, declaro deliberadamente y por voluntad propia mis deseos respecto a no posponer artificialmente el momento de mi muerte.

Si en cualquier momento yo tengo una lesión, afección o enfermedad incurable e irreversible que sea evaluado como condición terminal por el médico que me atiende, quien me ha examinado personalmente y ha determinado que mi muerte es inminente a no ser por procedimientos para retrasar la muerte, yo ordeno que tales procedimientos que solamente prolongarían el proceso de la muerte sean retenidas o retiradas, y que se permita que yo muera naturalmente con solamente la administración de medicina, sustento o la realización de cualquier procedimiento médico que el médico que me atiende considere necesario para proporcionarme un cuidado de comodidad.

En caso de una falta de mi capacidad de dar instrucciones respecto al uso de tales procedimientos para retrasar la muerte, es mi intención que la presente declaración sea honrada por mi familia y el médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico, y acepto las consecuencias de tal rechazo.

Firmado _____

Ciudad, Condado y Estado de Residencia _____

Yo conozco personalmente al declarante y creo que él o ella está en pleno uso de sus facultades mentales. Vi al declarante firmar la declaración en mi presencia (o el declarante reconoció en mi presencia que él o ella había firmado la declaración) y yo firmé la declaración como testigo en la presencia del declarante. No firmé la firma del declarante que aparece más arriba a favor del declarante ni a la orden del mismo. En la fecha del presente documento, no tengo derecho a recibir ninguna porción del patrimonio o sucesión del declarante según las leyes de sucesión intestada o, según mi mejor conocimiento y creencia, bajo ningún testamento del declarante ni otro instrumento que entre en vigencia a la muerte del declarante, ni tengo la responsabilidad financiera directa de la atención médica del declarante.

Testigo _____

Testigo _____

Historia

(Fuente: P.A. 85-1209.)

Anotaciones

Nota. La presente sección fue Ill.Rev.Stat., Ch. 110 1/2, Para. 703.

Rev 5/2012



State of Illinois
Illinois Department of Public Health

**ORDEN DE PRACTICANTE UNIFORME DE IDPH PARA
FORMA DE TRATAMIENTO DE VIDA SOSTENIBLE
(POLST)**

Para los pacientes, el uso de este formulario es **Apellido del Paciente** **Nombre del Paciente** **Inicial**
Completamente voluntario. Siga estas órdenes hasta que se cambien. Estas órdenes médicas son

en función de la condición médica y las preferencias del paciente. Cualquier sección no completada no invalida el formulario y implicaba iniciar todo el **Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)** **Género H M**

tratamiento para esa sección. Con cambio de **Dirección (calle/ciudad/estado/código postal)**
condición pueden necesitar escribirse nuevos pedidos.

A

RESUSCITATION CARDIOPULMONAR (RCP) Si el paciente no tiene pulso y no respira

Comprobar Intento de reanimación/RCP No intente reanimación/DNR
Uno (La selección de RCP significa que se selecciona El tratamiento completo en la sección B)

Cuando no esté en paro cardiopulmonar, siga las órdenes B y C.

B

INTERVENCIONES MEDICAS Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.

Comprobar **Tratamiento Completo: Objetivo principal de mantener la vida por medios médicamente indicados.**
Uno (opcional) Además del tratamiento descrito en Tratamiento Selectivo y Tratamiento Centrado en la Comodidad, utilizar intubación, ventilación mecánica y cardioversión como se indica. Traslado al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si se indica.

Tratamiento Selectivo: Objetivo principal de tratar afecciones médicas con medidas médicas seleccionadas Además del tratamiento descrito en El tratamiento centrado en la comodidad, utilice tratamiento médico, fluidos intravenosos y medicamentos (pueden incluir antibióticos y vasopresores), según sea médicamente apropiado y consistente con el paciente Preferencia. No intubar. Puede considerar un soporte de las vías respiratorias menos invasiva (por ejemplo, CPAP, BiPAP). Traslado al hospital, si se indica. Por lo general, evite la unidad de cuidados intensivos.

Tratamiento centrado en la comodidad: Objetivo principal de maximizar la comodidad. Aliviar el dolor y el sufrimiento a través de la uso de medicamentos por cualquier vía según sea necesario; utilizar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No utilice los tratamientos enumerados en Tratamiento completo y selectivo a menos que sean consistentes con la meta de comodidad. **Petición traslado al hospital solo si las necesidades de comodidad no se pueden satisfacer en la ubicación actual.**

Pedidos Adicionales Opcionales _____

C

NUTRICION MEDICAMENTALMENTE ADMINISTRADA (si está médicamente indicado)

Comprobar **Ofrezca alimentos por vía oral, si es posible y según lo desee.**
Uno (opcional)

Nutrición administrada médicamente a largo plazo, incluyendo tubos de alimentación.
Instrucciones adicionales (por ejemplo, duración del período de prueba)

Período de prueba de nutrición administrada médicamente, incluyendo tubos de alimentación.

No hay medios de nutrición administrados médicamente, incluidas las sondas de alimentación.

D

DOCUMENTACION DE DISCUSSION (Marque todas las casillas apropiadas a continuación)

- Paciente Padre de menor Agente bajo el poder de atención médica
 Responsable de la toma de decisiones sustitutas de la atención médica (consulte la página 2 para ver la lista de prioridades)

Firma del Paciente o Representante Legal

Firma (*obligatorio*)

Nombre (*impresión*)

Fecha

Firma del Testigo Para el Consentimiento (testigo requerido para un formulario válido)

Tengo 18 años de edad o más y reconozco que la persona anterior ha tenido la oportunidad de leer este formulario y han sido testigos de la dar su consentimiento por parte de la persona anterior o de la persona anterior ha reconocido su firma o marca en este formulario en mi presencia.

Firma (*obligatorio*)

Nombre (*impresión*)

Fecha

E

Firma de Profesional Autorizado (médico, residente con licencia (segundo año o superior), enfermera de práctica avanzada o asistente médico)

Mi firma a continuación indica lo mejor de mi conocimiento y creencia de que estas órdenes son consistentes con la condición médica y las preferencias del paciente.

Imprimir Nombre de Practicante Autorizado (*obligatorio*)

Teléfono

() _____ - _____

Firma de Practicante Autorizado (*obligatorio*)

Fecha (*obligatorio*)



****ESTE LADO SOLO PARA FINES INFORMATIVOS****

Apellido del Paciente	Nombre del Paciente	I.
------------------------------	----------------------------	-----------

Uso del Formulario de Ordenes de Practicantes para el Tratamiento de Mantenimiento de la Vida (POLST), por suscritos del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH), por sus que se siempre es voluntario. Esta orden registra sus deseos de tratamiento médico en su estado de salud actual. Una vez inicial tratamiento médico y los riesgos y beneficios de una terapia adicional son claros, sus deseos de tratamiento pueden cambio. Su atención médica y este formulario se pueden cambiar para reflejar sus nuevos deseos en cualquier momento. Sin embargo, ninguna forma puede todas las decisiones de tratamiento médico que puedan necesitar ser tomadas. El Poder Judicial para el Avance del Cuidado de la Salud Directiva (POAHC) se recomienda para todos los adultos capaces, ndependientemente de su estado de salud. Un POAHC le permite documentar, en detalle, sus futuras instrucciones de atención médica y nombrar a un Representante Legal para hablar por usted si incapaz de hablar por sí mismo.

Información Sobre la Directiva Anticipada

También tengo las siguientes directivas anticipadas (OPCIONAL)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Poder Legal del Cuidado de La Salud | <input type="checkbox"/> Declaración de Voluntad Viviente |
| <input type="checkbox"/> Declaración de Preferencia de Tratamiento de Salud Mental | |

Nombre de La Persona de Contacto	Número de Teléfono de Contacto
----------------------------------	--------------------------------

Información del Profesional de La Salud

Nombre del Preparador	Número de Teléfono
-----------------------	--------------------

Título del Preparador	Fecha de Preparación
-----------------------	----------------------

Completar el Formulario IDPH POLST

- La cumplimentación de un formulario POLST es siempre voluntaria, no puede ser obligatoria y puede ser cambiada en cualquier momento.
- Un POLST debe reflejar las preferencias actuales de las personas que completan el Formulario POLST; fomentar la finalización de un POAHC.
- Las órdenes verbales/telefónicas son aceptables con la firma de seguimiento por parte de un profesional autorizado de acuerdo con la política de la instalación/comunidad.
- Se recomienda el uso de la forma original. Las fotocopias y faxes en cualquier color de papel también son formularios legales y válidos.

Revisión de Un Formulario POLST

Este formulario POLST debe ser revisado periódicamente y a las necesidades y deseos continuos del paciente. Estos incluyen:

- transferencias de un entorno de atención o nivel de atención a otro;
- cambios en el estado de salud del paciente o el uso de dispositivos implantables (por ejemplo, desfibriladores cardioversores/estimuladores cerebrales);
- el tratamiento y las preferencias continuas del paciente; Y
- un cambio en el profesional de atención primaria del paciente.

Anular o Revocar Un Formulario POLST

- Un paciente con capacidad puede anular o revocar el formulario, y/o solicitar un tratamiento alternativo.
- Cambiar, modificar o revisar un formulario POLST requiere la cumplimentación de un nuevo formulario POLST.
- Dibuje la línea a través de las secciones A a E y escriba "VOID" a través de la página si cualquier formulario POLST se reemplaza o deja de ser válido. Debajo de la escritura "VOID" escriba en la fecha de cambio y vuelva a firmar.
- Si está incluido en un expediente médico electrónico, siga todos los procedimientos de anulación del centro.

Ley de Suplentes de Atención Médica de Illinois (755 ILCS 40/25) Orden de Prioridad

- | | |
|---|--|
| 1. El guardián de la persona del paciente | 5. Hermano Adulto |
| 2. El cónyuge o pareja del paciente de una unión civil registrada | 6. Nieto Adulto |
| 3. Niño Adulto | 7. Un amigo cercano del paciente |
| 4. Padre | 8. El guardián del patrimonio del paciente |

Para obtener más información, visite la Declaración de la IDPH de la ley de Illinois en <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

HIPAA (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT of 1996) PERMITS DIVULGACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA

Formulario Corto Estatutario de Illinois

Poder Notarial para el Cuidado de la Salud

AVISO A LA PERSONA QUE FIRMA

EL PODER NOTARIAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Nadie puede predecir cuándo puede ocurrir una enfermedad grave o un accidente. Cuando lo hace, es posible que necesite que otra persona hable o tome decisiones de atención médica por usted. Si planea ahora, puede aumentar las posibilidades de que el tratamiento médico que reciba sea el tratamiento que desea.

En Illinois, puede elegir a alguien para que sea su "agente de atención médica". Su agente es la persona en la que confía para tomar decisiones de atención médica por usted si no puede o no desea tomarlas usted mismo. Estas decisiones deben basarse en sus valores y deseos personales.

Es importante poner su elección de agente por escrito. El formulario escrito a menudo se denomina "directiva anticipada". Usted puede utilizar este formulario u otro formulario, siempre y cuando cumpla con los requisitos legales de Illinois. Hay muchos recursos escritos y en línea para guiarte a ti y a tus seres queridos a tener una conversación sobre estos temas. Usted puede encontrar útil mirar estos recursos mientras piensa y discute su directiva anticipada

CUALES SON LAS COSAS QUE QUIERO QUE MI AGENTE DE CUIDADO DE SALUD SEPA?

La selección de su agente debe ser considerada cuidadosamente, ya que su agente tendrá la máxima autoridad de toma de decisiones una vez que este documento entre en vigor, en la mayoría de los casos después de que usted ya no sea capaz de tomar sus propias decisiones. Si bien el objetivo es que su agente tome decisiones de acuerdo con sus preferencias y en la mayoría de las circunstancias que suceden, por favor sepa que la ley permite que su agente tome decisiones para dirigir o rechazar intervenciones de atención médica o retirar el tratamiento. Su agente tendrá que pensar en las conversaciones que ha tenido, su personalidad y cómo manejó problemas importantes de atención médica en el pasado. Por lo tanto, es importante hablar con su agente y su familia sobre cosas tales como:

- (i) ¿Qué es lo más importante para ti en tu vida?
- (ii) ¿Qué tan importante es para ti evitar el dolor y el sufrimiento?
- (iii) Si tuvieras que elegir, ¿es más importante para ti vivir el mayor tiempo posible, o evitar el sufrimiento prolongado o la discapacidad?
- (iv) ¿Preferirías estar en casa o en un hospital durante los últimos días o semanas de tu vida?
- (v) ¿Tiene creencias religiosas, espirituales o culturales que desea que su agente y otras personas consideren?
- (vi) ¿Desea hacer una contribución significativa a la ciencia médica después de su muerte a través de la donación de órganos o todo el cuerpo

- (vii) ¿Tiene una directiva anticipada existente, como un testamento vital, que contenga sus deseos específicos sobre la atención de la salud que sólo está retrasando su muerte? Si tiene otra directiva anticipada, asegúrese de discutir con su agente la directiva y las decisiones de tratamiento contenidas en esa descripción de 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 hay un período de tiempo en el que su médico determina que usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica, o si no desea tomar sus propias decisiones, algunas de las decisiones que su agente podría tomar son:

- (i) hablar con médicos y otros proveedores de atención médica sobre su condición.
- (ii) ver registros médicos y aprobar quién más puede verlos
- (iii) dar permiso para pruebas médicas, medicamentos, cirugía u otros tratamientos.
- (iv) elegir dónde recibe atención y qué médicos y otros la proporcionan.
- (v) decide aceptar, retirar o rechazar tratamientos diseñados para mantenerlo con vida si está cerca de la muerte o no es probable que se recupere. Puede optar por incluir pautas y/o restricciones a la autoridad de su agente.
- (vi) aceptar o negarse a donar sus órganos o todo su cuerpo si aún no ha tomado esta decisión usted mismo. Esto podría incluir la donación para trasplantes, investigaciones y/o educación. Debe informar a su agente si está registrado como donante en el registro de consentimiento en primera persona mantenido por el Secretario de Estado de Illinois o si ha aceptado donar todo su cuerpo para investigación médica y/o educación.
- (vii) decidir qué hacer con sus restos después de haber muerto, si usted no ha hecho planes.
- (viii) hablar con sus otros seres queridos para ayudar a tomar una decisión (pero su agente designado tendrá la última palabra sobre sus otros seres queridos).

Su agente no es automáticamente responsable de sus gastos de atención médica.

¿A Quién Debo Elegir Para ser mi Agente de Atención Médica?

Puedes elegir a un miembro de la familia, pero no tienes que hacerlo. Su agente tendrá la responsabilidad de tomar decisiones de tratamiento médico, incluso si otras personas cercanas a usted podrían instar una decisión diferente. La selección de su agente debe hacerse cuidadosamente, ya que él o ella tendrá la máxima autoridad de toma de decisiones para sus decisiones de tratamiento una vez que ya no sea capaz de expresar sus preferencias. Elija un familiar, amigo u otra persona que:

- (i) tiene al menos 18 años de edad
- (ii) te conoce bien
- (iii) usted confía en hacer lo que es mejor para usted y está dispuesto a llevar a cabo sus deseos, incluso si él o ella puede no estar de acuerdo con sus deseos

- (iv) estaría cómodo hablando e interrogando a sus médicos y otros proveedores de atención médica;
- (v) no estaría demasiado molesto para llevar a cabo sus deseos si se puso muy enfermo;
Y
- (vi) puede estar allí para usted cuando lo necesite y está dispuesto a aceptar este importante papel.

¿Y SI MI AGENTE NO ES DISPONIBLE O NO ES DERECHO A TOMAR DECISIONES PARA MI?

Si la persona que es su primera opción no puede llevar a cabo este rol, entonces el segundo agente que eligió tomará las decisiones; si su segundo agente no está disponible, entonces el tercer agente que eligió tomará las decisiones. El segundo y el tercer agente se llaman sus agentes sucesores y funcionan como agentes de respaldo a su agente de primera elección y pueden actuar sólo uno a la vez y en el orden en que los enumera.

¿QUÉ SUCEDERÁ SI NO ELIJO UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA?

Si usted no puede tomar sus propias decisiones de atención médica y no ha nombrado a un agente por escrito, su médico y otros proveedores de atención médica le pedirán a un familiar, amigo o tutor que tome decisiones por usted. En Illinois, una ley dirige cuál de estas personas será consultada. En esa ley, cada uno de estos individuos se llama "suplente".

Hay razones por las que es posible que desee nombrar a un agente en lugar de depender de un sustituto:

- (i) La persona o personas enumeradas por esta ley pueden no ser quienes usted querría tomar decisiones por usted.
- (ii) Es posible que algunos familiares o amigos no puedan o no estén dispuestos a tomar decisiones como usted desearía.
- (iii) Los familiares y amigos pueden estar en desacuerdo unos con otros acerca de las mejores decisiones.
- (iv) En algunas circunstancias, un sustituto puede no ser capaz de tomar los mismos tipos de decisiones que un agente puede tomar.

¿Y SI NO HAY NINGUNA DISPONIBLE EN QUIEN CONFÍO PARA SER MI AGENTE?

En esta situación, es especialmente importante hablar con su médico y otros proveedores de atención médica y crear una guía por escrito sobre lo que desea o no desea, en caso de que alguna vez esté gravemente enfermo y no pueda expresar sus propios deseos. Puedes completar un testamento vital. También puede escribir sus deseos y/o discutirlos con su médico u otro proveedor de atención médica y pedirle que lo escriba en su tabla. Es posible que también desee utilizar recursos escritos o en línea para guiarlo a través de este proceso

¿QUÉ HAGO CON ESTE FORMULARIO UNA VEZ QUE LO COMPLETE?

Siga estas instrucciones después de completar el formulario:

- (i) Firme el formulario delante de un testigo. Consulte el formulario para obtener una lista de quién puede y quién no puede presenciarse.
- (ii) Pídale al testigo que también lo firme.
- (iii) No es necesario que el formulario sea notariado.
- (iv) Entregue una copia a su agente y a cada uno de sus agentes sucesores.
- (v) Entregue otra copia a su médico.
- (vi) Lleve consigo una copia cuando vaya al hospital.
- (vii) Muéstralo a tu familia, amigos y otras personas que te cuidan.

¿Y SI CAMBIO DE OPINIÓN?

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, dígame a alguien que tenga al menos 18 años de edad que ha cambiado de opinión y/o destruya su documento y cualquier copia. Si lo desea, rellene un nuevo formulario y asegúrese de que todos los que dieron el formulario antiguo tengan una copia del nuevo, incluyendo, pero no limitado a, sus agentes y sus médicos.

¿Y SI NO QUIERO USAR ESTE FORMULARIO?

En el caso de que no desee utilizar el formulario legal de Illinois proporcionado aquí, cualquier documento que complete debe ser ejecutado por usted, designar a un agente que tenga más de 18 años de edad y no tenga prohibido servir como su agente, y declarar los poderes del agente, pero no debe ser presenciado ni conformarse con ningún otro aspecto al poder legal de atención médica.

Si tiene preguntas sobre el uso de cualquier formulario, es posible que desee consultar a su médico, otro proveedor de atención médica y/o un abogado.

Formulario Corto Estatutario de Illinois

Poder Notarial para el Cuidado de la Salud

MI PODER DE ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

ESTE PODER DE ABOGADO REVOCA TODOS LOS PODERES ANTERIORES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Mi nombre (Imprima su nombre completo): _____

Mi dirección: _____

QUIERO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE CUIDADO DE SALUD (un agente es su representante personal bajo la ley estatal y federal):

Nombre de Agente: _____

Dirección: de Agente: _____

Número de teléfono del agente: _____

Marque la caja si corresponde:

- Si se va a nombrar a un tutor de mi persona, nomino al agente que actúa bajo este poder como tutor.

MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES DE CUIDADO DE SALUD PARA MI, INCLUYENDO:

- (i) Decidir aceptar, retirar o rechazar el tratamiento para cualquier condición física o mental mía, incluidas las decisiones de vida o muerte.
- (ii) Aceptar admitirme o dar de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución, incluido un centro de salud mental.
- (iii) Tener acceso completo a mis registros médicos y de salud mental, y compartirlos con otras personas según sea necesario, incluso después de morir.
- (iv) Llevar a cabo los planes que ya he tomado, o, si no lo he hecho, tomar decisiones sobre mi cuerpo o restos, incluyendo la donación de órganos, tejidos o todo el cuerpo, autopsia, cremación y entierro.

AUTORIZO A MI AGENTE A: (Marque sólo una casilla. Si no se marca ninguna casilla, o si se marca más de una casilla, se aplicará la directiva de la primera casilla siguiente.)

- Toma decisiones por mí sólo cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El(los) médico(s) que me cuidan determinarán cuándo me falta esta habilidad.

- Toma decisiones por mí sólo cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El(los) médico(s) que me cuidan determinarán cuándo me falta esta habilidad. A partir de ahora, con el propósito de ayudarme con mis planes y decisiones de atención médica, mi agente tendrá acceso completo a mis registros médicos y de salud mental, la autoridad para compartirlos con otros según sea necesario, y la capacidad completa de comunicarse con mi(s) médico(s) personal(es) y otros proveedores de atención médica, incluyendo la capacidad de requerir una opinión de mi médico en cuanto a si me falta la capacidad de tomar decisiones por mí mismo.
- Tomar decisiones para mí a partir de ahora y continuar después de que ya no soy capaz de tomarlas por mí mismo. Si bien todavía puedo tomar mis propias decisiones, todavía puedo hacerlo si quiero.

TRATAMIENTOS QUE SOSTIENEN LA VIDA:

El tema del tratamiento de mantenimiento de la vida es de particular importancia. Los tratamientos que sostienen la vida pueden incluir alimentaciones por sonda o líquidos a través de un tubo, respiradores y RCP. En general, al tomar decisiones sobre el tratamiento de sostenimiento de la vida, se le instruye a su agente que considere el alivio del sufrimiento, la calidad, así como la posible extensión de su vida, y sus deseos expresados anteriormente. Su agente sopesará las cargas frente a los beneficios de los tratamientos propuestos en la toma de decisiones en su nombre.

A continuación se describen declaraciones adicionales relativas a la retención o eliminación del tratamiento que mantiene la vida. Estos pueden servir como una guía para su agente al tomar decisiones para usted. Pregúntele a su médico o proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta sobre estas declaraciones. **SELECCIONE SOLO UNA DECLARACION A CONTINUAR QUE MEJOR EXPRESA SUS DESEACIONES** (opcional):

- La calidad de mi vida es más importante que la duración de mi vida. Si estoy inconsciente y mi médico de cabecera cree, de acuerdo con las normas médicas razonables, que no despertaré ni recuperaré mi capacidad de pensar, comunicarme con mi familia y amigos, y experimentar mi entorno, no quiero que los tratamientos prolonguen mi vida o retrasen mi muerte, pero sí quiero tratamiento o cuidado para hacerme sentir cómodo y para aliviarme del dolor.
- Mantenerme vivo es más importante para mí, no importa lo enfermo que esté, cuánto estoy sufriendo, el costo de los procedimientos o lo improbables que son mis posibilidades de recuperación. Quiero que mi vida se prolongue en la mayor medida posible de acuerdo con las normas médicas razonables.

LIMITACIONES ESPECIFICAS A LA AUTORIDAD DE DECISION DE MI AGENTE:

La concesión de poder anterior está destinada a ser lo más amplia posible para que su agente tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que pueda tomar para obtener o terminar cualquier tipo de atención médica. Si desea limitar el alcance de los poderes de su agente o prescribir reglas especiales o limitar el poder de autorizar la autopsia o deshacerse de los restos, puede hacerlo específicamente en las líneas siguientes o agregar otra página si es necesario:

DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y UN TESTIGO TAMBIÉN DEBE FIRMARLO ANTES DE QUE SEA VÁLIDO.

Mi firma: _____ Fecha de hoy: _____

HAGA QUE SU TESTIGO ACEPTÉ LO QUE SE ESCRIBE A CONTINUACIÓN, Y LUEGO COMPLETE LA PORCIÓN DE FIRMA:

Tengo al menos 18 años. (Compruebe una de las siguientes opciones.)

- Vi el principal firmar este documento, o
- el principal me dijo que la firma o marca en la línea principal de la firma es suya.

No soy el agente o agente sucesor nombrado en este documento. No estoy relacionado con el director, el agente o el agente sucesor por sangre, matrimonio o adopción. No soy el médico del director, enfermera registrada de práctica avanzada, dentista, médico podiátrico, optometrista, psicólogo o un pariente de uno de esos individuos. No soy un propietario u operador (o el pariente de un propietario u operador) del centro de atención médica donde el director es un paciente o residente.

Nombre impreso del testigo: _____

Dirección del testigo: _____

Firma del testigo: _____ Fecha de hoy: _____

AGENTE(S) DE CUIDADO DE SALUD SUCESOR (opcional):

Si el agente que seleccioné no puede o no quiere tomar decisiones de atención médica por mí, entonces solicito a la(s) persona(s) que nombre a continuación para ser mi(s) agente(s) de atención médica sucesor(es). Solo una persona a la vez puede servir como mi agente (agregue otra página si desea agregar más nombres de agente sucesor).

(Agente sucesor #1 nombre, dirección y número de teléfono)

(Agente sucesor #2 nombre, dirección y número de teléfono)

Made Fillable by eForms