

FORMULARIO DE DIRECTIVA ANTICIPADA

PÁGINA 1

Imprimir

Restablecer

Código de Sucesiones - PROB

DIVISIÓN 4.7. DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA [4600 - 4806] (División 4.7 agregada por Stats. 1999, Cap. 658, Sec. 39.)

PARTE 2. LEY DE DECISIONES UNIFORMES DE ATENCIÓN MÉDICA [4670 - 4743] (Parte 2 agregada por Stats. 1999, Cap. 658, Sec. 39.)

CAPÍTULO 2. Formularios de directivas anticipadas de atención médica [4700 - 4701] (Capítulo 2 agregado por Stats. 1999, Cap. 658, Sec. 39.) 4701. El formulario legal de directiva anticipada de atención médica es el siguiente:

DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN MÉDICA (Código de Sucesiones de California, Sección 4701) Explicación

Tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome decisiones de atención médica por usted. Este formulario le permite hacer una o ambas cosas. También le permite expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos y la designación de su médico de cabecera. Si utiliza este formulario, puede completarlo o modificarlo en su totalidad o en parte de él. Puede utilizar un formulario diferente.

La parte 1 de este formulario es un poder notarial para la atención médica. La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como agente para tomar decisiones de atención médica por usted si se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones o si desea que otra persona tome esas decisiones por usted ahora, aunque todavía sea capaz. También puede nombrar a un agente alternativo para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta, capaz o razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. (Su agente no puede ser un operador o empleado de un centro de atención comunitaria o un centro de atención residencial donde esté recibiendo atención, ni su proveedor de atención médica supervisor o empleado de la institución de atención médica donde está recibiendo atención, a menos que su agente esté relacionado con usted o sea un compañero de trabajo).

A menos que el formulario que firme limite la autoridad de su agente, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica por usted. Este formulario tiene un lugar para que usted limite la autoridad de su agente. No necesita limitar la autoridad de su agente si desea confiar en su agente para todas las decisiones de atención médica que deba tomarse. Si elige no limitar la autoridad de su agente, su agente tendrá derecho a:

- (a) Dar su consentimiento o rechazar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una condición física o mental.
- (b) Seleccionar o dar de alta a proveedores e instituciones de atención médica.
- (c) Aprobar o desaprobado pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
- (d) Dirigir la provisión, retención o retiro de nutrición e hidratación artificiales y todas las demás formas de atención médica, incluida la reanimación cardiopulmonar.
- (e) Donar sus órganos, tejidos y partes, autorizar una autopsia y la disposición directa de los restos.

La parte 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica, ya sea que designe o no a un agente. Se le brindan opciones para que exprese sus deseos con respecto a la provisión, retención o retiro del tratamiento para mantenerlo con vida, así como la provisión de alivio del dolor. También se proporciona espacio para que agregue a las elecciones que ha hecho o para que escriba cualquier deseo adicional. Si está satisfecho con permitir que su agente determine qué es lo mejor para usted al tomar decisiones sobre el final de la vida, no necesita completar la Parte 2 de este formulario.

La parte 3 de este formulario le permite expresar su intención de donar sus órganos, tejidos y partes del cuerpo después de su muerte. La Parte 4 de este formulario le permite designar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

Después de completar este formulario, firme y feche el formulario al final. El formulario debe estar firmado por dos testigos

FORMULARIO DE DIRECTIVA ANTICIPADA

PÁGINA 2

calificados o reconocido ante un notario público. Entregue una copia del formulario firmado y completo a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución de atención médica en la que esté recibiendo atención y a cualquier agente de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que ha nombrado como agente para asegurarse de que comprenda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

Tiene derecho a revocar esta directiva anticipada de atención médica o reemplazar este formulario en cualquier momento.

PARTE 1 PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

(1.1) DESIGNACIÓN DE AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

(nombre de la persona que elija como agente)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(Código Postal)

(teléfono de casa)

(teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, designo como mi primer agente alternativo:

(nombre de la persona que elige como primer agente alternativo)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(Código Postal)

(teléfono de casa)

(teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente y primer agente alternativo o si ninguno de los dos está dispuesto, capaz o razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, designo como mi segundo agente alternativo:

(nombre de la persona que elige como segundo agente alternativo)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(Código Postal)

(teléfono de casa)

(teléfono del trabajo)

(1.2) AUTORIDAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado a tomar todas las decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones de proporcionar, retener o retirar nutrición e hidratación artificiales y todas las demás formas de atención médica para mantenerme con vida, excepto como indico aquí:

(Agregue hojas adicionales si es necesario).

(1.3) CUANDO LA AUTORIDAD DEL AGENTE ENTRA EN VIGENCIA: La autoridad de mi agente entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica a menos que marque la siguiente casilla.

Si marco esta casilla ☐, la autoridad de mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí entra en vigencia de inmediato.

(1.4.) **OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí de acuerdo con este poder notarial para la atención médica, cualquier instrucción que dé en la Parte 2 de este formulario y mis otros deseos en la medida en que mi agente lo sepa. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente tomará decisiones de atención médica por mí de acuerdo con lo que mi agente determine que es lo mejor para mí. Al determinar mi mejor interés, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que lo conozca.

(1.5) **AUTORIDAD POSTERIOR A LA MUERTE DEL AGENTE:** Mi agente está autorizado a donar mis órganos, tejidos y partes, autorizar una autopsia y la disposición directa de mis restos, excepto como indico aquí o en la Parte 3 de este formulario:

:

(Agregue hojas adicionales si es necesario).

(1.6) **NOMINACIÓN DE CURADOR:** Si un tribunal necesita nombrar un curador de mi persona, nomino al agente designado en este formulario. Si ese agente no está listo, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como curador, nombro a los agentes alternativos que he nombrado, en el orden designado.

PARTE 2
INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO

Si completa esta parte del formulario, puede tachar cualquier redacción que no desee.

(2.1) **DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA:** Ordeno que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi atención proporcionen, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la opción que he marcado a continuación:

☐ (a) Elección de no prolongar la vida

No quiero que mi vida se prolongue si (1) tengo una condición incurable e irreversible que resultará en mi muerte en un tiempo relativamente corto, (2) quedo inconsciente y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia, o (3) los riesgos y cargas probables del tratamiento superarían los beneficios esperados,
O

☐ (b) Elección para prolongar la vida

Quiero que mi vida se prolongue el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

(2.2) **ALIVIO DEL DOLOR:** Excepto como indico en el siguiente espacio, ordeno que se proporcione tratamiento para aliviar el dolor o la incomodidad en todo momento, incluso si acelera mi muerte:

(Agregue hojas adicionales si es necesario).

(2.3) **OTROS DESEOS:** (Si no está de acuerdo con alguna de las opciones opcionales anteriores y desea escribir las suyas propias, o si desea agregar a las instrucciones que ha dado anteriormente, puede hacerlo aquí). Dirijo que:

(Agregue hojas adicionales si es necesario).

PARTE 3 DONACIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y PARTES AL MORIR (OPCIONAL)

(3.1) ☐ Tras mi muerte, doy mis órganos, tejidos y partes (marque la casilla para indicar que sí).
Al marcar la casilla anterior, y a pesar de mi elección en la Parte 2 de este formulario, autorizo a mi agente a dar su consentimiento para cualquier procedimiento médico temporal necesario únicamente para evaluar y / o mantener mis órganos, tejidos y / o partes con fines de donación.

Mi donación es para los siguientes propósitos (tache cualquiera de los siguientes que no desee):

- (a) Trasplante
- (b) Terapia
- (c) Investigación
- (d) Educación

Si desea restringir su donación de un órgano, tejido o parte de alguna manera, indique su restricción en las siguientes líneas:

Si dejo esta parte en blanco, no es una negativa a hacer una donación. Se debe seguir mi registro de donante autorizado por el estado o, si no hay ninguno, mi agente puede hacer una donación a mi muerte. Si no se nombra a ningún agente anteriormente, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome tal decisión en mi nombre. (Para indicar cualquier limitación, preferencia o instrucción con respecto a la donación, utilice las líneas anteriores o en la Sección 1.5 de este formulario).

PARTE 4 MÉDICO PRIMARIO (OPCIONAL)

(4.1) Designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

(nombre del médico)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(Código Postal)

(teléfono)

OPCIONAL: Si el médico que he designado anteriormente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico de cabecera, designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

(nombre del médico)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(Código Postal)

(teléfono)

PARTE 5

(5.1) EFECTO DE LA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo

efecto que el original. (5.2) FIRMA: Firme y feche el formulario aquí:

(fecha) (firma tu nombre)

(dirección) (escriba su nombre)

(ciudad) (estado)

(5.3) DECLARACIÓN DE TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California (1) que la persona que firmó o reconoció esta directiva anticipada de atención médica es conocida personalmente por mí, o que la identidad de la persona me fue probada por evidencia convincente (2) que la persona firmó o reconoció esta directiva anticipada en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y sin coacción, fraude o influencia indebida, (4) que no soy una persona designada como agente por esta directiva anticipada, y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro de atención comunitaria, un empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, el operador de un centro de atención residencial para personas mayores, ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para personas mayores.

Primer testigo

Segundo testigo

(nombre de la letra de imprenta) (nombre de la letra de imprenta)

(dirección) (dirección)

(ciudad) (estado) (ciudad) (estado)

(firma del testigo) (firma del testigo)

(fecha) (fecha)

(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE TESTIGOS: Al menos uno de los testigos anteriores también debe firmar la siguiente declaración:

Además, declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que no estoy relacionado con la persona que ejecuta esta directiva anticipada de atención médica por sangre, matrimonio o adopción, y hasta donde yo sé, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona a su muerte en virtud de un testamento ahora existente o por aplicación de la ley.

(firma del testigo) (firma del testigo)

PARTE 6
REQUISITO DE TESTIGOS ESPECIALES

(6.1) La siguiente declaración es necesaria solo si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada, un centro de atención médica que brinda los siguientes servicios básicos: atención de enfermería especializada y atención de apoyo a pacientes cuya necesidad principal es la disponibilidad de atención de enfermería especializada de manera prolongada. El defensor del paciente o defensor del pueblo debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DEL PACIENTE O DEFENSOR DEL PUEBLO

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que soy un defensor del paciente o defensor del pueblo según lo designado por el Departamento de Envejecimiento del Estado y que estoy sirviendo como testigo según lo exige la Sección 4675 del Código de Sucesiones.

(fecha)

(firma tu nombre)

(dirección)

(escriba su nombre)

(ciudad) (estado)

RECONOCIMIENTO

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica solo la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento.

Estado de California,
Condado de _____

En _____ ante mí, _____
(insértese el nombre y el cargo del funcionario)

apareció personalmente _____

que me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, que es la(s) persona(s) cuál(es) nombre(s) está(n) suscrito(s) al instrumento interno y me reconoció que él/ella/ellos ejecutaron el mismo en su(s) capacidad(es) autorizada(s), y que por su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual la persona (s) actuó, ejecutó el instrumento.

Certifico bajo PENA DE PERJURIO bajo las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

TESTIGO de mi mano y sello oficial.

Firma _____ (SELLO)