

Región La Crosse

Poder para decisiones de atención médica e instrucciones para completar este poder

Reseña

El formulario adjunto de poder para decisiones de atención médica es un documento legal, desarrollado para cumplir con los requisitos legales de Wisconsin, Minnesota, e Iowa. Este documento proporciona una manera para que una persona otorgue un poder para decisiones de atención médica que cumpla con los requisitos básicos de estos estados.

Este poder para decisiones de atención médica le permite a usted designar a otra persona y a otras personas alternativas para que tomen decisiones de su atención médica por usted, si usted queda incapacitado de tomar estas decisiones por sí mismo. La persona que usted designe se llama su **apoderado para decisiones de atención médica**. Este documento le da a su apoderado para decisiones de atención médica autoridad exclusivamente cuando usted ha sido declarado incapacitado por sus médicos de tomar sus propias decisiones de su atención médica. No le da autoridad alguna a su apoderado para decisiones de atención médica para que tome decisiones financieras ni de otros asuntos. Además, tampoco le da a su apoderado para decisiones de atención médica la autoridad para tomar determinadas decisiones de sus tratamientos de salud mental.

Antes de completar este formulario de poder para decisiones de atención médica, tómese su tiempo para leerlo cuidadosamente. **También es importante que usted discuta sus puntos de vista, valores y este documento con su apoderado para decisiones de atención médica**. Si usted no involucra a su apoderado para decisiones de atención médica, y si no formulan juntos un plan bien definido, sus puntos de vista y valores podrían no respetarse plenamente porque no se comprenderán.

Si desea documentar sus puntos de vista de cuidados futuros de su salud, pero no desea o no puede usar este formulario de poder para decisiones de atención médica, pida asesoramiento a su organización de atención de la salud o a su abogado para conocer otras alternativas.

Cómo completar este documento

Este formulario de poder para decisiones de atención médica está dividido en cuatro partes.

- Parte I – Designación de un apoderado para decisiones de atención médica
- Parte II – Autoridad del apoderado para decisiones de atención médica
- Parte III – Deseos expresos, estipulaciones especiales o limitaciones
- Parte IV – Legalización del documento

Pasos a seguir:

En cada una de las cuatro partes del documento adjunto, hallará instrucciones. Lea y siga cuidadosamente estas instrucciones. Las cosas básicas que debe hacer son:

1. Proporcionar la información en la página 1.
2. Designar, por lo menos, un apoderado para decisiones de atención médica en la página 3.
3. Indicar opciones para las secciones 1, 2 y 3 en la página 5.
4. Indicar las instrucciones por escrito que desea en la Parte III.
5. Firmar y fechar el documento en la página 10.
6. Firmar y fechar el documento ante testigos. Dos testigos deben estar presentes cuando usted firme el documento.

Si usted desea donar su cuerpo después de su muerte a la ciencia médica, debe contactar a la escuela de medicina más cercana en su estado y coordinar a través de esa institución. Éstos son algunos lugares que puede contactar.

**University of Wisconsin-Madison Medical School
Mayo Medical School**

**(608) 262-2888
7 a.m. – 4 p.m. (507) 284-2693
ó (507) 284-9170
(319) 335-7762**

University of Iowa Medical School

Después de completar este documento

Después de completar el documento, haga copias para repartir de esta manera:

- Una copia para usted.
- Una copia para el apoderado para decisiones de atención médica y personas alternativas designadas en el documento.
- Una copia para compartir y discutir con su médico.
- Una copia para su historial médico en el hospital donde usted iría en una emergencia.
- Copias adicionales para compartir con otras personas si lo desea (sus seres queridos, su ministro religioso y su abogado).

Una fotocopia o un fax son legalmente válidos como lo es un original.

¿Necesita asistencia?

Si necesita asistencia para completar este documento, usted puede contactar a los siguientes lugares:

Gundersen Lutheran
Gundersen Lutheran Medical Center

Franciscan Skemp Healthcare
Mayo Health System

- Atención pastoral
(608) 782-7300, ext. 51347
(800) 362-9567, ext. 51347

Centro Médico La Crosse
(608) 392-9754
(800) 362-5454, ext. 9505

- Coordinador de Planificación de Cuidados por anticipado
(608) 782-7300, ext. 56000
(800) 362-9567, ext. 56000

Servicios para Ancianos La Crosse
(608) 392-9505

Gundersen Lutheran, Onalaska Clinic
• Servicios Sociales
(608) 775-8159
(800) 362-9567, ext. 58159

Servicios en Domicilio/Cuidados Paliativos
(608) 392-9790
(800) 362-5454, ext. 9790

O llame a la Clínica Regional de Gundersen Lutheran o a un afiliado en su comunidad

O llame al afiliado de Franciscan Skemp Healthcare en su comunidad. Todos los servicios de Franciscan Skemp Healthcare pueden accederse a través del número gratuito: (800) 362-5454.

Poder para Decisiones de Atención médica para

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Se entregarán, o se entregaron, copias de este documento a las siguientes personas y organizaciones vinculadas a la salud. (Proporcione copias a su hospital, médico y apoderado(s) para decisiones de atención médica, y también podría entregar copias a familiares cercanos, amigos y ministro religioso):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Poder para decisiones de atención médica

Aviso para la persona que prepara este documento:

Usted tiene el derecho a tomar las decisiones de atención médica. No se le podría administrar atención médica ante su objeción, y no podría detenerse ni suspenderse la atención médica necesaria si usted se opone.

Sus proveedores de atención médica en algunos casos tal vez no tuvieron la oportunidad de establecer un vínculo de largo plazo con usted, por lo que a menudo no están familiarizados con sus creencias y valores, y los detalles de sus relaciones familiares. Esto genera un problema si usted queda física o mentalmente incapacitado de tomar decisiones acerca de su atención médica.

Para evitar este problema, usted podría firmar este documento legal para especificar una persona que usted desearía que tome las decisiones de atención médica por usted, si queda incapacitado de tomar personalmente esas decisiones. Esa persona se conoce como su apoderado para decisiones de atención médica. Usted debe tomarse su tiempo para discutir sus pensamientos y creencias acerca del tratamiento médico con la persona o las personas que usted podría especificar. Usted puede establecer en este documento cualquier tipo de cuidado de la salud que usted desea o no desea, y usted podría limitar la autoridad de su apoderado para decisiones de atención médica. Si su apoderado para decisiones de atención médica no está al tanto de sus deseos con respecto a una decisión en particular, a él o ella se le exige determinar qué sería mejor para usted cuando tome la decisión.

Éste es un documento legal importante. Le da a su apoderado amplias potestades para tomar por usted decisiones de atención médica. Revoca cualquier poder anterior para decisiones de atención médica que usted haya otorgado. Si desea cambiar su Poder para Decisiones de Atención médica, usted podría revocar este documento en cualquier momento, destruyéndolo, indicándole a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración fechada por escrito, o declarando que el documento se revoca en la presencia de dos testigos.

Si usted revoca el poder, debe notificar a su apoderado, a sus proveedores de servicios médicos y a cualquier otra persona a quien le haya dado una copia. Si su apoderado es su cónyuge y su matrimonio quedó sin efecto o si se divorció después de firmar este documento, la designación de su cónyuge como apoderado para decisiones de atención médica ya no será válida.

Usted también podría usar este documento para hacer u oponerse a hacer una donación de partes de su cuerpo cuando usted muera. Si usted usa este documento para hacer u oponerse a una donación de partes de su cuerpo, este documento revoca cualquier registro previo de donación que usted haya hecho. Usted podría revocar o cambiar cualquier donación de partes de su cuerpo en este documento si tacha las estipulaciones de donación de partes del cuerpo en este documento.

No firme este documento a menos que lo comprenda claramente.

Se sugiere que guarde el original de este documento en los registros que tiene su médico.

Parte I – Designación de una persona para tomar decisiones de atención médica cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones

Si yo ya no soy capaz de tomar mis propias decisiones de mi atención médica, este documento nombra a la persona que yo escojo para tomar estas decisiones por mí. Esta persona será mi apoderado para decisiones de atención médica. Esta persona tomará las decisiones de mi atención médica cuando se determine que estoy incapacitado de tomar mis propias decisiones, como lo estipula la ley del estado.

Instrucciones para completar esta parte:

Cuando seleccione a alguien como su apoderado para decisiones de atención médica, escoja a alguien que conozca bien, en quien confíe, dispuesto a respetar sus puntos de vista y valores, y capaz de tomar decisiones difíciles en circunstancias estresantes. A menudo los miembros de la familia son buenas opciones, pero no siempre. Asegúrese de escoger a alguien que cumplirá rigurosamente lo que usted desea y que defenderá sus derechos. Cualquiera sea su opción, tómese el tiempo necesario para discutir este documento y sus puntos de vista con la(s) persona(s) que escoja como su(s) apoderado(s).

Su apoderado para decisiones de atención médica debe tener por lo menos 18 años de edad y no debe ser uno de sus proveedores de servicios médicos, ni un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que sea un familiar cercano. En el formulario hay espacio para una segunda y tercera alternativa de apoderado para decisiones de atención médica.

La persona que yo escojo como mi Apoderado para Decisiones de Atención médica es:

Nombre: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si este apoderado para decisiones de atención médica no puede o no está dispuesto(a) a tomar esas decisiones por mí, o si mi cónyuge es mi apoderado(a) para decisiones de cuidados de mi salud y nuestro matrimonio queda sin efecto, o nos divorciamos o estamos legalmente separados, **entonces mi siguiente opción de apoderado(a) para decisiones de atención médica es:**

Segunda opción (1^{er} Apoderado alternativo)

Nombre: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Teléfono celular: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si este apoderado alternativo para decisiones de atención médica no puede o no está dispuesto a tomar esas decisiones por mí, o si mi cónyuge es mi apoderado para decisiones de atención médica y nuestro matrimonio queda sin efecto, o nos divorciamos o estamos legalmente separados, **entonces mi siguiente opción de apoderado para decisiones de atención médica es:**

Tercera opción (2º Apoderado alternativo)

Nombre: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Teléfono celular: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código ZIP: _____

Parte II – Autoridad general del apoderado para decisiones de atención médica

Yo deseo que mi apoderado para decisiones de atención médica pueda hacer lo siguiente. (Por favor tache de la lista que sigue lo que usted no desea que su apoderado haga):

- Hacer opciones por mí en cuanto a mi atención médica o servicios médicos, como exámenes, medicamentos y cirugía. Si el tratamiento ya comenzó, mi apoderado para decisiones de atención médica puede mantenerlo o detenerlo según mis instrucciones establecidas o lo que sea mejor para mí.
- Interpretar cualquier instrucción que yo haya dado, en este formulario o en otras discusiones, de acuerdo con la comprensión que tenga mi apoderado para decisiones de atención médica de mis deseos y valores.
- Revisar y divulgar mi historia médica y registros personales según sea necesario para mi atención médica.
- Coordinar que yo reciba atención y tratamiento médico en Wisconsin, Minnesota e Iowa, o en otro estado, conforme a lo que mi apoderado para decisiones de atención médica considere adecuado.
- Determinar qué profesionales y organizaciones de atención de la salud proporcionarán mis tratamientos médicos.
- Tomar decisiones acerca de la donación de órganos, tejidos o cuerpo (donaciones anatómicas) después de mi muerte, de acuerdo con mis deseos y valores conocidos.

Instrucciones para completar estas secciones:

Ponga sus iniciales en la línea (p.ej. ~~29~~) para indicar que ha seleccionado “Sí”, “No”, o “No corresponde” en las tres secciones siguientes.

Tache con una línea las declaraciones que usted no selecciona (p.ej. ~~No, mi apoderado...~~). Si usted no pone sus iniciales en ninguna línea en una sección y no establece una opción clara, la ley en Wisconsin dice que su opción es considerada “No”. Esto significa que si usted no indica una opción, en Wisconsin sólo una corte podría tomar tal decisión y no su apoderado para decisiones de atención médica.

1. Autoridad del apoderado para ingresarme en un centro de enfermería o centro residencial comunitario para el propósito de cuidados prolongados:

_____ **Sí**, mi apoderado para decisiones de atención médica tiene autoridad, si es necesario, para ingresarme en un centro de enfermería o en un centro residencial comunitario para una estancia prolongada, sujeto a los límites que yo he establecido en este documento.

_____ **No**, mi apoderado para decisiones de atención médica no tiene autoridad para ingresarme en un centro de enfermería ni en un centro residencial comunitario en Wisconsin para una estancia prolongada. *Si puse mis iniciales en “No”, o dejé esta sección en blanco, no puedo ser ingresado en un centro de cuidados prolongados sin una orden de la corte.*

2. Autoridad del apoderado para ordenar la suspensión o el retiro de sonda para alimentación e hidratación IV:

_____ **Sí**, mi apoderado para decisiones de atención médica tiene autoridad para que suspenda o se retire una sonda para alimentación o hidratación IV, sujeto a los límites que he estipulado en este documento.

_____ **No**, mi apoderado para decisiones de atención médica no tiene autoridad para que se suspenda ni se retire una sonda para alimentación o hidratación IV. Si yo puse mis iniciales en “No” o dejé esta sección en blanco, las sondas para alimentación o la hidratación IV no pueden suspenderse ni retirarse en Wisconsin sin una orden de la corte.

3. Autoridad del apoderado para tomar decisiones si estoy embarazada:

_____ **Sí**, mi apoderado(a) para decisiones de atención médica tiene autoridad para tomar decisiones por mí si estoy embarazada, sujeto a los límites que he estipulado en este documento.

_____ **No**, mi apoderado para decisiones de atención médica no tiene autoridad para tomar decisiones por mí si estoy embarazada. *Si yo puse mis iniciales en “No” o dejé esta sección en blanco, no pueden tomarse decisiones de atención médica por mí durante mi embarazo sin una orden de la corte.*

_____ **No corresponde**, porque soy hombre, o soy mujer y ya no puedo quedar embarazada.

Parte III – Deseos expresos, estipulaciones especiales o limitaciones

Mi apoderado para decisiones de atención médica tomará decisiones congruentes con mis valores y deseos expresos, y está sujeto a todas las limitaciones o instrucciones especiales que yo pueda enumerar aquí. Las siguientes son algunas instrucciones específicas para mi apoderado para decisiones de atención médica y/o médico que me brinda atención médica. Si hay conflictos entre mis valores y objetivos conocidos, yo deseo que mi apoderado tome la decisión que mejor representaría mis valores y preferencias. Si yo necesito tratamiento en un estado que no reconoce este Poder para Decisiones de Atención médica, o mi apoderado para decisiones de atención médica no puede ser contactado, quiero que se sigan las instrucciones de abajo, conforme al derecho consuetudinario y a mis derechos constitucionales de determinar mi propia atención médica.

Instrucciones para completar esta parte:

A usted **no se le exige** que proporcione instrucciones por escrito ni que haga una selección en la Parte III. Si usted escoge no proporcionar instrucciones, su apoderado para decisiones de atención médica tomará las decisiones basándose en sus instrucciones orales o lo que considere mejor para usted. Si usted escoge no proporcionar instrucciones, se recomienda que atraviese la página con una línea y escriba transversalmente “No hay instrucciones”.

Detener intentos de tratamientos para prolongar la vida:

*[Ponga sus iniciales (p.ej. **DA**) sobre la línea junto a cada declaración si está de acuerdo o tache con una línea toda la declaración si no está de acuerdo].*

_____ Si llego a un punto donde es razonablemente cierto que no recuperaré mi capacidad de interactuar sensatamente con mi persona, mi familia, amigos y medioambiente, deseo detener o suspender **todos** los tratamientos que podrían usarse para prolongar mi existencia. Los tratamientos que yo no desearía si llegara a este punto incluyen sondas para alimentación, hidratación IV, respirador/ventilador, CPR y antibióticos, pero no se limitan a éstos.

Dolor y control de síntomas:

Si llego a un punto donde los esfuerzos para prolongar mi vida se detienen, deseo tratamientos médicos y los cuidados de enfermería que me den confort. Los siguientes son importantes para mí para estar confortable: (Si no escribe deseos específicos, su médico y enfermeras brindarán la mejor norma asistencial posible).

Reanimación cardiopulmonar (CPR):

Mi opción de CPR que aparece abajo podría ser reconsiderada por mi apoderado para decisiones de atención médica a la luz de mis otras instrucciones o de nueva información médica, si yo quedo incapacitado de tomar mis propias decisiones. Si yo no deseo que se intente CPR, mi médico debe ser informado de esta opción. Si abajo indico que no deseo que se intente CPR, esta opción, en sí misma, no detendrá al personal de emergencia de intentar CPR en una emergencia. Podrían necesitarse otros documentos para controlar las acciones del personal de emergencia.

(Ponga sus iniciales en una de las siguientes opciones y tache con una línea las declaraciones que usted no desea).

_____ Deseo que se intente CPR a menos que mi médico determine cualquiera de las situaciones siguientes:

- Yo tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo; **O**
- No tengo una posibilidad razonable de sobrevivir si mi corazón se detiene; **O**
- Tengo pocas posibilidades de sobrevivir un tiempo largo si mi corazón se detiene y el proceso de reanimación causaría un sufrimiento significativo.

_____ No deseo que se intente CPR si mi corazón se detiene, sino que deseo permitir una muerte natural.

_____ Deseo que se intente CPR si mi corazón se detiene.

Otras instrucciones o limitaciones que deseo que siga mi apoderado para decisiones de atención médica:

Si es posible, cuando yo esté cerca de la muerte y no pueda hablar, quiero que mis amigos y mi familia sepan que tengo estos pensamientos y sentimientos:

Si estoy cerca de la muerte, quiero lo siguiente: (Mencione los tipos de cuidados, ceremonias, etc. que darían más sentido a la muerte para usted).

Personas que quiero que mi apoderado incluya en el proceso de toma de decisiones:

Pido que mi apoderado para decisiones de atención médica haga los intentos razonables para incluir a las siguientes personas en las decisiones de mi atención médica, si hay tiempo:

Religión:

Soy de la fe _____, y soy miembro de la congregación, sinagoga, templo o grupo _____

_____. Número de teléfono de la congregación, sinagoga, templo o grupo

(si se conoce): _____.

Por favor, intentar notificarlos.

Cuando yo muera:

Después de mi muerte, éstas son mis instrucciones. Si mi apoderado para decisiones de atención médica no tiene autoridad para tomar estas decisiones, pido que mi familiar más cercano y mi médico cumplan con estos pedidos si es posible.

Autopsia:

(Puede poner sus iniciales en la primera y la segunda opción o sólo en una de las tres opciones, y por favor tache con una línea las declaraciones que usted no desea.)

_____ Yo aceptaría una autopsia si puede ayudar a mis parientes consanguíneos comprender la causa de mi muerte o asistirlos con sus futuras decisiones de atención médica.

_____ Yo aceptaría una autopsia si puede ayudar al avance de la medicina o la educación médica.

_____ Yo no quiero que se me realice una autopsia.

Donación de órganos y tejidos: (Ejemplos de órganos son riñones, hígado, corazón, pulmones y ejemplos de tejidos son ojos, piel, hueso, válvula cardíaca).

(Ponga sus iniciales en una opción y tache con una línea las declaraciones que usted no desea).

_____ Doy mi consentimiento para donar sólo los siguientes órganos o partes si es posible (mencione los órganos o tejidos específicos):

_____ Doy mi consentimiento para donar cualquier órgano o tejido si califico como candidato.

_____ No quiero donar ningún órgano ni tejido.

Parte IV – Legalización del documento

Instrucciones para completar esta parte:

Los residentes de Wisconsin deben firmar y fechar este documento en presencia de dos testigos. Los residentes de Minnesota o Iowa podrían firmar y fechar este documento en presencia de dos testigos o de un notario público.

Puedo pensar claramente; estoy de acuerdo con todo lo escrito en este documento y he preparado este documento voluntariamente.

Mi firma (o firmo a través de la persona mencionada abajo) Fecha

Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedirle a alguien que firme este documento por mí.

Firma de la persona a quien pedí que firmara este documento por mí.

Escribir en imprenta el nombre de la persona a quien pedí que firmara este documento por mí.

Declaración de los testigos

Según mi conocimiento, esta persona es quien se identifica en el documento. Creo que él o ella está en su sano juicio y tiene por lo menos 18 años de edad. Personalmente fui testigo cuando él o ella firmó este documento, y creo que él o ella lo hizo voluntariamente. Al firmar este documento como testigo, yo certifico que:

- Tengo por lo menos 18 años de edad.
- **No estoy emparentado con la persona que firma este documento por lazos de sangre, matrimonio ni adopción.**
- No soy un apoderado para decisiones de atención médica designado por la persona que firma este documento.
- No soy directamente responsable de los aspectos financieros de atención de la salud de esta persona.
- No soy un proveedor de atención de la salud que atiende a la persona en estos momentos.
- No soy un empleado (diferente a un trabajador social o ministro religioso) de un proveedor de atención de la salud que atiende directamente a la persona en estos momentos.
- No tengo conocimiento de que yo tenga derechos hereditarios ni he reclamado el patrimonio de la persona.

Testigo número 1:

Firma Fecha

Nombre en imprenta

Dirección

Testigo número 2:

Firma Fecha

Nombre en imprenta

Dirección

Instrucciones para la certificación por notario:

Los residentes de Iowa y Minnesota podrían hacer firmar este documento por un notario público, habilitado para ejercer la profesión en su estado, en vez de dos testigos.

Notario Público

En mi presencia, el día _____ (fecha) _____
(nombre) reconoció como suya la firma en este documento o reconoció que él(ella) autorizó a la persona que firma este documento para firmar en su nombre y representación. No soy designado como apoderado para decisiones de atención médica, ni como apoderado alternativo, en este documento.

(Sello Notarial)

Firma del Notario