

Poder de representación para el cuidado de la salud

Designación de su apoderado para el cuidado de la salud en el estado de Nueva York

La Ley de Poder de Representación para el Cuidado de la Salud en Nueva York le permite designar a alguien de su confianza — por ejemplo, un familiar o amigo cercano — para que tome decisiones de cuidado de la salud por usted en caso de que quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo. Al designar a un apoderado para el cuidado de la salud, usted puede asegurarse de que los proveedores del cuidado de la salud respetarán sus deseos. Su apoderado también puede decidir cómo se implementarán las medidas relacionadas con sus deseos a medida que su condición médica cambia. Los hospitales, los médicos y otros proveedores del cuidado de la salud deben seguir las decisiones de su apoderado como si fueran suyas. Usted puede otorgarle a la persona que seleccione como su apoderado para el cuidado de la salud el grado de autoridad que usted desee. Puede permitir que su apoderado tome todas las decisiones de cuidado de la salud o solo algunas de ellas. También puede darle instrucciones que él o ella deberá seguir. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido.

Acerca del formulario de Poder para la atención médica

Este es un documento legal importante. Antes de firmarlo, usted debe comprender lo siguiente:

1. Este formulario le otorga a la persona que usted elija como su apoderado la autoridad para tomar todas las decisiones de cuidado de la salud por usted, lo que incluye la decisión de retirar o proporcionar tratamiento de soporte vital, a menos que usted indique lo contrario en este formulario. “Cuidado de la salud” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su apoderado conozca razonablemente sus deseos con respecto a la administración de nutrición e hidratación artificial (nutrientes y agua suministrados por sonda de alimentación o por vía intravenosa), no se le permitirá a su apoderado rechazar o aprobar esas medidas en lugar suyo.
3. Su apoderado comenzará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no pueda tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud.
4. Usted puede incluir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desea recibir o aquellos tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones pueden utilizarse para limitar el poder de decisión del apoderado. Su apoderado debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones por usted.
5. No se necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede elegir a cualquier adulto (de 18 años de edad o más), incluido un familiar o amigo cercano, para que actúe como su apoderado. Si usted selecciona a un médico como su apoderado, él o ella tendrá que elegir entre actuar como su apoderado o como su médico tratante porque un médico no puede tener ambas funciones al mismo tiempo. Además, si usted es paciente o residente de un hospital, una residencia de ancianos o un centro de salud mental, existen restricciones especiales respecto de nombrar a alguien que trabaja en dichas instituciones como su apoderado. Pídale al personal de la institución que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su apoderado para el cuidado de la salud, hable con esa persona acerca del tema para asegurarse de que esa persona esté dispuesta a actuar como su apoderado.

Dígale a la persona que usted elija que será su apoderado para el cuidado de la salud. Hable con su apoderado acerca de sus deseos de cuidado de la salud y este formulario. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su apoderado no puede ser demandado por decisiones de cuidado de la salud tomadas de buena fe.
8. Si usted ha nombrado a su cónyuge como su apoderado para el cuidado de la salud y luego se divorcia o se separa legalmente, su excónyuge ya no podrá ser su apoderado en virtud de la ley, a menos que usted indique lo contrario. Si desea que su excónyuge siga siendo su apoderado, puede incluir esta decisión en su formulario actual y fecharlo, o bien completar uno nuevo en el que designe a su excónyuge.
9. Aunque usted haya firmado este formulario, tiene el derecho de tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismo siempre y cuando tenga la capacidad para hacerlo, y no se le puede brindar tratamiento o detenerlo si usted se opone, ni su apoderado tendrá autoridad suficiente para oponerse.
10. Si desea cancelar la autoridad otorgada a su apoderado, comunique su decisión a su apoderado o a su proveedor del cuidado de la salud verbalmente o por escrito.
11. La designación de un apoderado para el cuidado de la salud es voluntaria. Nadie puede exigirle que designe uno.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido en este formulario.

Preguntas frecuentes

¿Por qué debería elegir un apoderado para el cuidado de la salud?

Si usted queda incapacitado, aunque sea temporalmente, para tomar decisiones de cuidado de la salud, otra persona deberá decidir por usted. Los proveedores del cuidado de la salud a menudo recurren a los familiares para que los orienten. Los familiares pueden comunicar lo que ellos creen que son sus deseos en relación con un tratamiento en particular. Designar a un apoderado le permite controlar su tratamiento médico al:

- permitir que su apoderado tome decisiones de cuidado de la salud en su nombre, conforme a lo que usted desearía que se decida,
- elegir a una persona para que tome las decisiones de cuidado de la salud porque usted cree que esa persona tomaría las mejores decisiones,
- elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los familiares u otros seres queridos.

También puede designar a un apoderado suplente para que quede a cargo si la persona que designó en primer lugar no puede tomar decisiones por usted.

¿Quién puede actuar como apoderado para el cuidado de la salud?

Cualquier persona de 18 años de edad o más puede actuar como apoderado para el cuidado de la salud. La persona que usted designe como su apoderado o su apoderado suplente no puede firmar como testigo en su formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud.

¿Cómo designo a un apoderado para el cuidado de la salud?

Todos los adultos competentes, de 18 años de edad o más, pueden designar a un apoderado de cuidado de la salud mediante la firma de un formulario llamado Poder de representación para el cuidado de la salud. No necesita un abogado ni un notario público, solo dos testigos adultos. Su apoderado no puede firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no está obligado a usar este formulario.

¿Cuándo comenzaría mi apoderado para el cuidado de la salud a tomar decisiones de cuidado de la salud por mí?

Su apoderado para el cuidado de la salud comenzaría a tomar decisiones de cuidado de la salud después de que su médico determine que usted no puede tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud. Siempre y cuando usted pueda tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismo, tendrá derecho a hacerlo.

¿Qué decisiones puede tomar mi apoderado para el cuidado de la salud?

A menos que usted limite la autoridad de su apoderado para el cuidado de la salud, este podrá tomar cualquier decisión de cuidado de la salud que usted habría tomado si hubiera podido decidir por sí mismo. Su apoderado puede convenir que usted necesita recibir tratamiento, elegir entre diferentes tratamientos y decidir que no se le proporcionen tratamientos, en conformidad con sus deseos e intereses. Sin embargo, su apoderado solo puede tomar decisiones sobre la administración de nutrición e hidratación artificial (nutrientes y agua suministrados por sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos según lo que usted ha expresado de manera oral o escrita. El formulario de Poder para la atención médica no le otorga a su apoderado el poder de tomar decisiones por usted que no estén relacionadas con el cuidado de la salud, por ejemplo, decisiones financieras.

¿Por qué necesito designar a un apoderado para el cuidado de la salud si soy joven y estoy saludable?

Designar a un apoderado para el cuidado de la salud es una buena idea aunque usted no sea una persona mayor o no tenga una enfermedad terminal. Un apoderado para el cuidado de la salud puede actuar en su nombre si usted queda incapacitado, aunque sea temporalmente, para tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud (como podría ocurrir si estuviera bajo los efectos de anestesia general o en estado de coma a causa de un accidente). Cuando usted recupere su capacidad para tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud, su apoderado para el cuidado de la salud ya no estará autorizado para actuar como tal.

¿Cómo tomará las decisiones mi apoderado para el cuidado de la salud?

Su apoderado debe cumplir sus deseos, así como también seguir sus creencias morales y religiosas. Usted puede incluir instrucciones en su formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud o simplemente hablar acerca de ellas con su apoderado.

¿Cómo sabrá mi apoderado para el cuidado de la salud cuáles son mis deseos?

Tener una conversación abierta y franca acerca de sus deseos con su apoderado para el cuidado de la salud pondrá a este último en una mejor posición para cumplir sus deseos. Si su apoderado no conoce sus deseos o creencias, estará legalmente obligado a actuar de la manera que sea más conveniente para usted. Dado que esto representa una gran responsabilidad para la persona que usted designe como su apoderado para el cuidado de la salud, usted debe tener

Preguntas frecuentes, *continuación*

una conversación con esa persona acerca de qué tipo de tratamiento desearía o no desearía recibir en diferentes circunstancias, por ejemplo:

- si desea el inicio, la continuidad o la suspensión de procedimientos de soporte vital en caso de encontrarse en estado de coma permanente,
- si desea el inicio, la continuidad o la suspensión de tratamientos en caso de padecer una enfermedad terminal,
- si desea el inicio o la suspensión de nutrición e hidratación artificial, o si desea su continuidad o interrupción, y en qué circunstancias.

¿Puede mi apoderado para el cuidado de la salud invalidar mis deseos o instrucciones de tratamiento previas?

No. Su apoderado está obligado a tomar decisiones en función de sus deseos. Si usted expresó claramente deseos particulares, o dio instrucciones de tratamiento específicas, su apoderado tiene el deber de seguir esos deseos o instrucciones a menos que él o ella tenga motivos para creer, de buena fe, que sus deseos cambiaron o no se ajustan a las circunstancias.

¿Quién se ocupará de mi apoderado?

Todos los hospitales, residencias de ancianos, médicos y demás proveedores del cuidado de la salud tienen la obligación legal de proporcionar a su apoderado para el cuidado de la salud la misma información que le proporcionarían a usted, y de cumplir con las decisiones de su apoderado como si las hubiera tomado usted. Si un hospital o residencia de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como suspender cierto tratamiento), debe informárselo a usted o a su apoderado ANTES o al momento del ingreso, siempre que sea razonablemente posible.

¿Qué sucede si mi apoderado para el cuidado de la salud no está disponible cuando se deban tomar decisiones?

Usted puede designar a un apoderado suplente para que decida por usted si su apoderado para el cuidado de la salud no está disponible, no puede o se niega a actuar cuando se deban tomar decisiones. De no tener un apoderado suplente, los proveedores del cuidado de la salud tomarán las decisiones de cuidado de la salud por usted respetando las instrucciones que usted estipuló mientras aún podía hacerlo. Cualquier instrucción que usted incluya en su formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud guiará a los proveedores del cuidado de la salud en estas circunstancias.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Es fácil cancelar su Poder de representación para el cuidado de la salud, cambiar a la persona que ha elegido como su apoderado para el cuidado de la salud o cambiar las instrucciones o limitaciones que haya incluido en el formulario. Solo tiene que llenar un formulario nuevo. Además, puede indicar que su Poder para la atención médica caduque en una fecha específica o en el caso de que determinados acontecimientos tengan lugar. Si no lo especifica, el Poder para la atención médica tendrá validez de manera indefinida. Si elige a su cónyuge como su apoderado para el cuidado de la salud o como su apoderado suplente, y se divorcia o se separa legalmente, la designación se cancela de manera automática. Sin embargo, si desea que su excónyuge siga siendo su apoderado, puede incluir esta decisión en su formulario actual y fecharlo, o bien completar uno nuevo en el que designe a su excónyuge.

¿Puede mi apoderado para el cuidado de la salud ser legalmente responsable por las decisiones que toma en mi nombre?

No. Su apoderado para el cuidado de la salud no será legalmente responsable por las decisiones que tome de buena fe en su nombre con respecto a su cuidado de la salud. Además, él o ella no puede ser considerado legalmente responsable por los costos de su atención simplemente por ser su apoderado.

¿Un Poder de representación para el cuidado de la salud es lo mismo que una declaración de voluntad anticipada?

No. Una declaración de voluntad anticipada es un documento que proporciona instrucciones específicas con respecto a las decisiones de cuidado de la salud. Usted puede indicar dichas instrucciones en su formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud. El Poder de representación para el cuidado de la salud le permite elegir a una persona de su confianza para que tome decisiones de cuidado de la salud en su nombre. A diferencia de una declaración de voluntad anticipada, un Poder para la atención médica no requiere que usted conozca por adelantado las decisiones que pueden surgir más adelante. En lugar de ello, su apoderado para el cuidado de la salud puede interpretar sus deseos según cambien las circunstancias médicas y puede tomar decisiones que usted jamás podría haber previsto.

¿Dónde debo guardar mi formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud después de que esté firmado?

Entregue una copia a su apoderado, a su médico, a su abogado y a cualquier otro familiar o amigo cercano que desee. Conserve una copia en su cartera o bolso o junto

Preguntas frecuentes, *continuación*

a otros documentos importantes, pero no en un lugar al que nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Presente una copia en caso de hospitalización, incluso para una cirugía menor, o si se somete a una cirugía ambulatoria.

¿Puedo usar el formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud para expresar mis deseos con respecto a la donación de órganos o tejido?

Sí. Use la sección opcional acerca de donación de órganos y tejido del formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud y asegúrese de que, al completar esta sección, haya dos personas presentes como testigos. Puede especificar que sus órganos o tejido sean utilizados para trasplantes, investigación o fines educativos. Cualquier limitación relacionada con sus deseos deberá incluirse en esta sección del poder. Si usted omite incluir sus deseos e instrucciones en su formulario de Poder para la atención médica, esto no se interpretará como que usted no desea ser donante de órganos o tejido.

¿Puede mi apoderado para el cuidado de la salud tomar decisiones por mí con respecto a la donación de órganos o tejido?

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su apoderado para el cuidado de la salud está autorizado a tomar decisiones después de su muerte, pero solo aquellas relacionadas con la donación de órganos o tejido. Su apoderado para el cuidado de la salud debe tomar las decisiones que se indican en su formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud.

¿Quién puede aprobar una donación si yo decido no expresar mis deseos en este momento?

Es importante que su apoderado para el cuidado de la salud, el apoderado de su acervo hereditario, si es que ha designado uno, y sus familiares conozcan sus deseos con respecto a la donación de órganos o tejido. La ley de Nueva York establece una lista de personas que están autorizadas a aprobar una donación de órganos o tejido en su nombre.

Se enumeran por orden de prioridad: su apoderado para el cuidado de la salud; el apoderado de su acervo hereditario; su cónyuge, si usted no está legalmente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija de 18 años de edad en adelante; cualquiera de sus padres; un hermano o una hermana de 18 años de edad en adelante; o un tutor designado por un tribunal antes del fallecimiento del donante.

Instrucciones sobre el formulario de Poder para la atención médica

Punto (1)

Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que selecciona como su apoderado.

Punto (2)

Si desea designar a un apoderado suplente, escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que selecciona como su apoderado suplente.

Punto (3)

Su Poder para la atención médica seguirá siendo válido indefinidamente a menos que usted establezca una fecha de finalización o imponga una condición para su finalización. Esta sección es opcional y debe completarse solo si desea que su Poder para la atención médica tenga vencimiento.

Punto (4)

Si tiene instrucciones especiales para su apoderado, inclúyalas aquí. Además, si desea limitar la autoridad de su apoderado de algún modo, puede indicarlo aquí o hablar de ello con su apoderado para el cuidado de la salud. Si usted no establece ninguna limitación, se le permitirá a su apoderado tomar todas las decisiones de cuidado de la salud que usted podría tomar, incluida la decisión de aprobar o rechazar un tratamiento de soporte vital.

Si desea otorgarle a su agente facultades más amplias, puede indicarlo en el formulario. Solo debe escribir lo siguiente:
He hablado acerca de mis deseos con mi apoderado para el cuidado de la salud y con mi apoderado suplente y ellos conocen mis deseos, incluidos aquellos relacionados con la administración de nutrición e hidratación artificial.

Si desea elaborar instrucciones más específicas, podría escribir lo siguiente:

Si padezco una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento...

Si estoy en estado de coma o tengo poco conocimiento, sin esperanza de recuperación, entonces deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento: ...

Si tengo daño cerebral o una enfermedad cerebral que no me permite reconocer a las personas o hablar, y no hay esperanzas de que mi condición mejore, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento:.....

He hablado con mi apoderado acerca de mis deseos con respecto a _____ y deseo que mi apoderado tome todas las decisiones acerca de estas medidas.

A continuación se enumeran algunos ejemplos de tratamientos médicos para los cuales usted puede dar instrucciones especiales a su apoderado. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- nutrición e hidratación artificial (nutrientes y agua suministrados por sonda)
- reanimación cardiopulmonar (RCP)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

Punto (5)

Debe firmar y fechar el formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud. Si no lo puede firmar usted mismo, puede solicitar a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

Punto (6)

Puede expresar sus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido en este formulario. La ley de Nueva York establece una lista de determinadas personas, enumeradas por orden de prioridad, que pueden aprobar una donación de órganos o tejido en su nombre: su apoderado para el cuidado de la salud; el apoderado de su acervo hereditario; su cónyuge, si usted no está legalmente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija de 18 años de edad en adelante; cualquiera de sus padres; un hermano o una hermana de 18 años de edad en adelante; un tutor designado por un tribunal antes del fallecimiento del donante.

Punto (7)

Dos testigos de 18 años de edad o más deben firmar este formulario de Poder de representación para el cuidado de la salud. La persona designada como su apoderado o apoderado suplente no puede firmar como testigo.

Poder de representación para el cuidado de la salud

(1) Yo, _____
por el presente designo a _____

(nombre, dirección y número de teléfono)

como mi apoderado para el cuidado de la salud a fin de que tome todas y cada una de las decisiones de cuidado de la salud por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario. Este poder de representación entrará en vigencia únicamente cuando quede incapacitado para tomar mis propias decisiones de cuidado de la salud.

(2) **Opcional: Apoderado suplente**

Si la persona que designo no puede, se niega o no está disponible para actuar como mi apoderado para el cuidado de la salud, por el presente

designo a _____

(nombre, dirección y número de teléfono)

como mi apoderado para el cuidado de la salud a fin de que tome todas y cada una de las decisiones de cuidado de la salud por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario.

(3) A menos que yo lo revoque o establezca una fecha de finalización o imponga circunstancias que lo invaliden, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. (Opcional: Si usted desea que este poder de representación tenga vencimiento, indique la fecha o las condiciones aquí). Este poder de representación finalizará el (especifique la fecha o las condiciones):

(4) **Opcional:** Ordeno que mi apoderado para el cuidado de la salud tome las decisiones de cuidado de la salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como es de su conocimiento o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su apoderado para tomar decisiones de cuidado de la salud en su nombre o dar instrucciones específicas, puede expresar sus deseos o limitaciones aquí). Ordeno que mi apoderado para el cuidado de la salud tome decisiones de cuidado de la salud de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (adjunte las páginas adicionales que sean necesarias):

Para que su apoderado pueda tomar decisiones de cuidado de la salud por usted con respecto a la administración de nutrición e hidratación artificial (*nutrientes y agua suministrados por sonda de alimentación o por vía intravenosa*), su apoderado debe conocer razonablemente sus deseos. Usted puede informar a su apoderado cuáles son sus deseos o bien incluirlos en esta sección. Consulte las instrucciones para ver ejemplos de texto que podría usar si elige incluir sus deseos en este formulario, incluidos sus deseos acerca de la administración de nutrición e hidratación artificial.

(5) Su identificación *(en letra de imprenta)*

Su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

Su dirección _____

(6) Opcional: Donación de órganos o tejido

Por el presente, realizo una donación anatómica, que se efectivizará en la eventualidad de mi muerte, de:
(marque todas las opciones que correspondan)

Cualquier órgano o tejido necesario

Los siguientes órganos o tejidos _____

Limitaciones _____

Si usted no expresa en este formulario sus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejido, no se interpretará como que usted no desea hacer una donación ni evitará que una persona, de otra manera autorizada por ley, apruebe una donación en su nombre.

Su firma _____ Fecha _____

(7) Declaración de los testigos *(Los testigos deben tener 18 años de edad en adelante y ninguno podrá ser el apoderado para el cuidado de la salud o el apoderado suplente).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y actuar de manera voluntaria. Él o ella firmó este documento en mi presencia (o le solicité a otra persona que firmara en su nombre).

Fecha _____ Fecha _____

Nombre del testigo 1 *(en letra de imprenta)* _____ Nombre del testigo 2 *(en letra de imprenta)* _____

Firma _____ Firma _____

Dirección _____ Dirección _____

