

---

# **Poder para la atención médica**

## ***Cómo designar a un agente de atención médica en el estado de Nueva York***

*El Poder para la atención médica de Nueva York te permite designar a alguien de tu confianza, como un familiar o un amigo cercano, para que tome las decisiones de atención médica por ti si tú no tienes la capacidad de hacerlo. Al designar a un agente de atención médica, puedes asegurarte de que los proveedores de atención médica respeten tus preferencias. El agente también puede decidir de qué manera tus preferencias se adaptan a los cambios de tu condición médica. Los hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica deben acatar las decisiones del agente, tal como lo harían si fueran tuyas. Tú puedes darle tanta autoridad como desees a la persona que designes como agente de atención médica. Puedes permitirle tomar todas las decisiones de atención médica o solo algunas. También puedes darle instrucciones que debe seguir. Este formulario también se puede usar para registrar tus preferencias o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejidos.*

# Acerca del formulario del Poder para la atención médica

Este folleto es un documento legal importante. Antes de firmar, es importante que comprenda la siguiente información:

eres paciente o residente de un hospital, asilo de ancianos o centro de higiene

1. Mediante este formulario, la persona que elijas como tu agente tiene la autoridad de tomar todas las decisiones de atención médica por ti, incluida la decisión de suspender o proporcionar un tratamiento de soporte vital, a menos que se indique lo contrario en este formulario. “Atención médica” hace referencia a cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar tu afección física o mental.
2. A menos que tu agente conozca razonablemente tus preferencias sobre nutrición e hidratación artificiales (administración de alimentos y agua mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa), no podrá rechazar ni aceptar esas medidas por ti.
3. Tu agente comenzará a tomar las decisiones por ti cuando tu médico determine que ya no puedes tomar tus propias decisiones de atención médica.
4. Puedes escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamiento que no deseas recibir o los que quieres asegurarte de recibir. Las instrucciones se pueden usar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. El agente debe seguir tus instrucciones cuando tome decisiones por ti.
5. No necesitas un abogado para completar este formulario.
6. Puedes elegir a cualquier adulto mayor de 18 años, como un familiar o un amigo cercano, para que actúe como tu agente. Si eliges a un médico como tu agente, este deberá elegir entre actuar como tu agente o actuar como tu médico responsable, puesto que los médicos no pueden hacer ambas cosas al mismo tiempo. Además, si

mental, hay algunas restricciones especiales con respecto a nombrar a un miembro del personal del centro como tu agente. Pídele al personal del centro que te explique esas restricciones.

7. Antes de designar a una persona como tu agente de atención médica, háblalo con esa persona para asegurarte de que esté dispuesta a actuar como tu agente. Dile que será tu agente de atención médica y hablen sobre tus preferencias en cuanto a la atención médica y sobre este formulario. Asegúrate de darle una copia firmada. No se puede demandar a tu agente por decisiones de atención médica tomadas de buena fe.
8. Si designaste a tu cónyuge como tu agente de atención médica y luego te divorcias o separas legalmente, tu excónyuge ya no podrá actuar como tu agente conforme a la ley, a menos que se indique lo contrario. Si deseas que tu excónyuge siga siendo tu agente, puedes dejarlo asentado en el formulario actual y poner la fecha, o completar un nuevo formulario en el que designes a tu excónyuge.
9. Aunque hayas firmado este formulario, tienes derecho a tomar decisiones de atención médica por ti mismo, siempre que puedas hacerlo, y no se podrá proporcionar o suspender el tratamiento si te opones, y tu agente no tendrá ningún poder para objetar.
10. Puedes anular la autoridad otorgada a tu agente. Para ello, debes informárselo a tu agente o proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito.
11. La designación de un agente de atención médica es un acto voluntario, nadie puede obligarte a hacerlo.
12. Puedes expresar tus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejidos en este formulario.

# **Preguntas frecuentes**

Tendrás derecho a tomar tus propias decisiones de atención médica siempre que puedas hacerlo.

## **¿Por qué debería elegir un agente de atención médica?**

Si no estás capacitado para tomar decisiones de atención médica, incluso temporalmente, alguien más tiene que hacerlo por ti. Los proveedores de atención médica a menudo recurren a los familiares para recibir orientación. Los familiares pueden decir cuáles creen que son tus preferencias con respecto a un tratamiento en particular. Designar a un agente te permite controlar tu tratamiento médico por los siguientes motivos:

- Le permite a tu agente tomar decisiones de atención médica en tu nombre, tal como lo harías tú.
- Eliges a una persona que crees que tomará las mejores decisiones de atención médica.
- Al elegir a una persona, evitas conflicto o confusión entre los familiares o seres queridos.

También puedes designar a un agente alternativo para que actúe en caso de que tu primera opción no pueda tomar decisiones por ti.

## **¿Quién puede ser agente de atención médica?**

Cualquier persona mayor de 18 años puede ser agente de atención médica. La persona designada como tu agente o tu agente alternativo no puede firmar como testigo en el formulario de Poder para la atención médica.

## **¿Cómo designo a un agente de atención médica?**

Todas las personas mayores de 18 años competentes pueden designar a un agente de atención médica firmando el formulario denominado Poder para la atención médica. No necesitas un abogado ni notario, solo dos testigos mayores de edad. Tu agente no puede firmar como testigo. Puedes usar este formulario impreso, pero no es obligatorio.

## **¿Cuándo comenzaría a tomar decisiones de atención médica por mí mi agente de atención médica?**

Tu agente de atención médica comenzaría a tomar decisiones de atención médica después de que el médico determine que no puedes tomar tus propias decisiones de atención médica.

es una responsabilidad muy importante para la persona que designes como tu agente

### **¿Qué decisiones puede tomar mi agente de atención médica?**

Tu agente de atención médica podrá tomar cualquier decisión de atención médica que tú podrías haber tomado si pudieras decidir por ti mismo, a menos que limites su autoridad. Tu agente puede aceptar que recibas un tratamiento, elegir entre diferentes tratamientos y decidir que algún tratamiento no se proporcione, de acuerdo con tus preferencias e intereses. Sin embargo, tu agente solo puede tomar decisiones sobre nutrición e hidratación artificiales (administración de alimentos y agua mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa) si está al tanto de tus preferencias, de acuerdo con lo que has dicho o escrito. El formulario de Poder para la atención médica no le otorga poder al agente para tomar decisiones en tu nombre que no estén relacionadas con la atención médica, como decisiones financieras.

### **¿Por qué debo designar a un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

Designar a un agente de atención médica es una buena idea, aunque no seas un anciano ni tengas una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en tu nombre si no tienes la capacidad para tomar tus propias decisiones de atención médica, incluso temporalmente (como podría ocurrir si estás bajo anestesia general o si has entrado en coma a raíz de un accidente). Cuando recuperas toda tu capacidad para tomar tus propias decisiones de atención médica, tu agente de atención médica ya no estará autorizado a actuar.

### **¿De qué manera mi agente de atención médica tomará decisiones?**

Tu agente debe respetar tus preferencias, al igual que tus creencias morales y religiosas. Puedes escribir instrucciones en el formulario de Poder para la atención médica, o bien hablarlas con tu agente.

### **¿Cómo sabrá mi agente de atención médica cuáles son mis preferencias?**

Tener una conversación abierta y sincera sobre tus preferencias con tu agente de atención médica le permitirá atender mejor tus intereses. Si tu agente no conoce tus preferencias ni creencias, está legalmente obligado a actuar para tu bien. Esta

## Preguntas frecuentes, *continuación*

de atención médica, por lo que deberás hablar con esa persona sobre los tipos de tratamiento que prefieres o no recibir en diferentes circunstancias. Por ejemplo:

- Si prefieres que se inicie/continúe/interrumpa el soporte vital si estás en coma permanente.
- Si prefieres que se inicien/continúen/interrumpan los tratamientos si tienes una enfermedad terminal.
- Si prefieres que se inicien/suspendan/continúen/retiren la nutrición e hidratación artificiales y en qué tipo de circunstancias.

### **¿Puede mi agente de atención médica contravenir mis preferencias o instrucciones de tratamiento anteriores?**

No, tu agente está obligado a tomar decisiones según tus preferencias. Si expresaste claramente tus preferencias o instrucciones de tratamiento particulares, tu agente tiene el deber de respetar esas preferencias o instrucciones, a menos que haya un fundamento de buena fe para creer que tus preferencias cambiaron o no se aplican a las circunstancias.

### **¿Quién escuchará a mi agente?**

Todos los hospitales, asilos de ancianos, médicos y demás proveedores de atención médica están legalmente obligados a brindarle a tu agente de atención médica la misma información que te proporcionarían a ti y a respetar las decisiones de tu agente como si las hubieras tomado tú. Si un hospital o un asilo de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como la suspensión de cierto tratamiento), deben informarte a ti o a tu agente ANTES o al momento de la admisión, si es razonablemente posible.

### **¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deben tomar decisiones?**

Puedes designar a un agente alternativo para que decida en caso de que tu agente de atención médica no esté disponible, no pueda o no quiera actuar cuando se deban tomar decisiones. De lo contrario, los proveedores de atención médica tomarán decisiones de atención médica que respeten las instrucciones que proporcionaste

cuando aún podías hacerlo. Cualquier instrucción que escribas en su formulario de Poder para la atención médica servirá de guía para los proveedores de atención médica en esas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de opinión?**

Es fácil cancelar tu Poder para la atención médica, cambiar a la persona que has elegido como representante para la atención médica o cambiar cualquier instrucción o limitación que hayas incluido en el formulario. Tan solo debes completar un formulario nuevo. Además, puedes indicar que el Poder para la atención médica finaliza en una fecha específica o ante un evento en particular. De lo contrario, el Poder para la atención médica tendrá una vigencia indefinida. Si eliges a tu cónyuge como agente de atención médica o como agente alternativo y te divorcias o separas legalmente, la designación queda anulada automáticamente. Sin embargo, si deseas que tu excónyuge siga siendo tu agente, puedes dejarlo asentado en el formulario actual y poner la fecha, o completar un nuevo formulario en el que designes a tu excónyuge.

### **¿Mi agente de atención médica puede tener responsabilidad legal por las decisiones que tome en mi nombre?**

No. Tu agente de atención médica no será responsable de las decisiones de atención médica que tome de buena fe en tu nombre. Además, no se lo puede considerar responsable de los costos de tu atención solo por ser tu agente.

### **¿Un Poder para la atención médica es lo mismo que una Declaración de voluntad anticipada?**

No. Una Declaración de voluntad anticipada es un documento que proporciona instrucciones específicas sobre las decisiones de atención médica. Puedes incluir esas instrucciones en el formulario de Poder para la atención médica. El Poder para la atención médica te permite elegir a alguien en quien confíes para que tome decisiones de atención médica en tu nombre. A diferencia de una Declaración de voluntad anticipada, el Poder para la atención médica no requiere que sepas de antemano todas las decisiones que puedan surgir. En cambio, tu agente de atención médica puede interpretar tus preferencias a medida que cambian las circunstancias médicas y puede tomar decisiones que tú no podrías haber sabido que tendría que tomar.



## Preguntas frecuentes, *continuación*

### **¿Dónde debo conservar el formulario de Poder para la atención médica después de firmarlo?**

Entrégale una copia a tu agente, médico, abogado y cualquier otro familiar o amigo cercano que quieras. Guarda una copia en tu billetera o cartera o con otros documentos importantes, pero no en un lugar al que nadie pueda acceder, como una caja de seguridad. Lleva una copia si ingresas al hospital, incluso para una cirugía menor, o si te sometes a una cirugía para pacientes ambulatorios.

### **¿Puedo usar el formulario de Poder para la atención médica para expresar mis preferencias con respecto a la donación de órganos o tejidos?**

Sí. Usa la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de Poder para la atención médica y asegúrate de contar con dos testigos. Puedes dejar asentado que tus órganos o tejidos se utilicen para trasplantes, investigación o fines educativos. Cualquier limitación asociada a tus preferencias debe quedar plasmada en esta sección del Poder. **Si no incluyes tus preferencias e instrucciones en el formulario de Poder para la atención médica, se interpretará que no te opones a ser donante de órganos o tejidos.**

### **¿Puede mi agente de atención médica tomar decisiones por mí sobre la donación de órganos o tejidos?**

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, tu agente de atención médica está autorizado a tomar decisiones después de tu muerte, pero solo aquellas relacionadas con la donación de órganos o tejidos. Tu agente de atención médica debe tomar dichas decisiones según lo dispuesto en el formulario de Poder para la atención médica.

### **¿Quién puede dar su consentimiento a la donación si elijo no expresar mis preferencias en este momento?**

Es importante comunicar tus preferencias con respecto a la donación de órganos o tejidos a tu agente de atención médica, a la persona designada como tu agente de difunto si se ha designado uno, y a tus familiares. La ley de Nueva York proporciona una lista de personas que están autorizadas a dar su consentimiento para la donación de órganos o tejidos en tu nombre. Se enumeran en orden de prioridad: agente de atención médica; agente de difunto; cónyuge, si no está legalmente separado, o pareja de hecho; hijo(a) mayor de 18 años; cualquiera de los padres; hermano(a) mayor de 18 años; o tutor(a) designado(a) por un tribunal antes de la muerte del donante.



# Instrucciones del formulario de Poder para la atención médica

## **Punto (1)**

Escribe el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la persona que eliges como tu agente.

## **Punto (2)**

Si quieres designar un agente alternativo, escribe el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la persona que eliges como tu agente alternativo.

## **Punto (3)**

El Poder para la atención médica tendrá vigencia indefinida, a menos que establezcas una fecha de finalización o un evento que determine su finalización. Esta sección es opcional y debes completarla solo si quieres que el Poder para la atención médica tenga una fecha de finalización.

## **Punto (4)**

Si tienes instrucciones especiales para tu agente, escríbelas aquí. Si prefieres limitar la autoridad del agente de cualquier manera, también puedes dejarlo asentado aquí o hablarlo con tu agente de atención médica. Si no impones ninguna limitación, tu agente podrá tomar todas las decisiones de atención médica que tú podrías haber tomado, incluida la decisión de aprobar o rechazar un tratamiento de soporte vital.

Si quieres darle una autoridad amplia, puedes dejarlo asentado en el formulario. Escribe lo siguiente: *He hablado sobre mis preferencias con mi agente de atención médica y agente alternativo, y estos conocen mis preferencias, incluidos aquellos relacionados con la nutrición e hidratación artificiales.*

Si quieres dar instrucciones más específicas, puedes escribir lo siguiente:

*Si tengo una enfermedad terminal, quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento: ...*

*Si entro en coma o tengo poco conocimiento consciente, y no hay esperanzas de que me recupere, entonces quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento: ...*

*Si tengo daño cerebral o una enfermedad cerebral que me impida reconocer a las personas o hablar, y no hay esperanzas de que mi afección mejore,*

*quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento: ...*

*He hablado con mi agente sobre mis preferencias con respecto a \_\_\_\_\_ y quiero que mi agente tome todas las decisiones sobre estas medidas.*

A continuación, se enumeran ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales puedes dar instrucciones especiales a tu agente. Esta no es una lista completa.

- respiración artificial;
- nutrición e hidratación artificiales (administración de alimentos y agua mediante una sonda de alimentación);
- reanimación cardiopulmonar (RCP);
- antipsicóticos;
- terapia electroconvulsiva;
- antibióticos;
- intervenciones quirúrgicas;
- diálisis;
- trasplante;
- transfusión de sangre;
- aborto;
- esterilización.

#### **Punto (5)**

Debes fechar y firmar este formulario de Poder para la atención médica. Si no puedes firmar, puedes pedirle a alguien más que firme ante tu presencia. Asegúrate de incluir tu dirección.

#### **Punto (6)**

Puedes manifestar tus preferencias o instrucciones con respecto a la donación de órganos o tejidos en este formulario. La ley de Nueva York prevé que ciertas personas en orden de prioridad den su consentimiento para una donación de órganos o tejidos en tu nombre: agente de atención médica, agente de difunto, cónyuge, si no está legalmente separado, o pareja de hecho; hijo(a) mayor de 18 años; cualquiera de los padres; hermano(a) mayor de 18 años; o tutor(a) designado(a) por un tribunal antes de la muerte del donante.

#### **Punto (7)**

Dos testigos mayores de 18 años deben firmar este formulario de Poder para la atención médica. La persona designada como agente o agente alternativo no puede firmar como testigo.

# Poder para la atención médica

(1) Yo, \_\_\_\_\_

por el presente designo a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección y número de teléfono)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de atención médica por mí, salvo en la medida en que yo indique lo contrario. Este Poder entrará en vigor únicamente cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) **Opcional: Agente alternativo**

Si la persona que designo no puede, no quiere o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por el presente

designo a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección y número de teléfono)

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de atención médica por mí, salvo en la medida en que yo indique lo contrario.

(3) A menos que lo revoque o establezca una fecha de finalización o las circunstancias para su finalización, este Poder tendrá vigencia indefinida. (Opcional: si quieres que este Poder finalice, incluye la fecha o las condiciones aquí). Este Poder finalizará (especifica la fecha o las condiciones): \_\_\_\_\_

(4) **Opcional:** Ordeno a mi agente de atención médica que tome decisiones de atención médica de acuerdo con mis preferencias y limitaciones, como sabe o como se indica a continuación. (Si prefieres limitar la autoridad de tu agente para tomar decisiones de atención médica por ti o para dar instrucciones específicas, puedes indicar aquí tus preferencias o limitaciones). Ordeno a mi agente de atención médica que tome decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (adjunta páginas adicionales según sea necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para que tu agente tome decisiones de atención médica por ti acerca de la nutrición e hidratación artificiales (administración de alimentos y agua mediante una sonda de alimentación y por vía

*intravenosa*), tu agente debe conocer razonablemente tus preferencias. Puedes decirle cuáles son tus preferencias o incluirlos en esta sección. Consulta las instrucciones para el modelo de redacción que podrías usar si eliges incluir tus preferencias en este formulario, incluidas tus preferencias sobre nutrición e hidratación artificiales.

---

**(5) Tu identificación** *(en letra imprenta)*

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos**

Por el presente declaro donar, después de mi muerte, lo siguiente:  
(marcar todas las opciones que correspondan)

Cualquier órgano o tejido necesario

Los siguientes órganos o tejidos \_\_\_\_\_

Limitaciones \_\_\_\_\_

Si no declaras tus preferencias o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos en este formulario, se interpretará que no te opones a ser donante ni que una persona autorizada por la ley dé su consentimiento a una donación en tu nombre.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de testigos** *(los testigos deben ser mayores de 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y parece estar en su sano juicio y actuando por su propia voluntad. Esta persona firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo 1  
*(en imprenta)* \_\_\_\_\_ Nombre del Testigo 2  
*(en imprenta)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

---

