

Cómo completar este Poder Notarial de Atención Médica de Iowa

Información general

El formulario de poder notarial para atención médica que se adjunta, es un documento legal, desarrollado para cumplir con los requisitos legales en Iowa. Este documento proporciona una forma para que una persona cree un poder notarial para atención médica que cumpla con los requisitos básicos en este estado.

Este formulario de poder notarial para atención médica permite que usted nombre a otra persona o personas para que tomen sus decisiones de atención médica si se vuelve incompetente para tomar sus propias decisiones. La persona (o personas) que nombre es(son) su(s) agente(s) de atención médica. Este documento otorga a su agente de atención médica autoridad para tomar sus decisiones únicamente cuando se haya determinado por su(s) médico(s), que usted es incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica. **Este documento no le otorga a su agente de atención médica ninguna autoridad para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales en su nombre.**

Antes de completar este formulario de poder notarial para atención médica, dedique tiempo para leerlo detenidamente. ¡También es muy importante que hable de sus puntos de vista, valores, y de este documento con su agente de atención médica! Si no se involucra cercanamente con su agente de atención médica y no crean juntos un plan claro, sus puntos de vista y valores podrían no respetarse completamente porque no se entendieron.

Si desea documentar sus puntos de vista sobre su atención médica futura, pero no quiere o no puede usar este formulario de poder notarial para atención médica, pida asesoramiento a su organización de salud o a su abogado sobre las alternativas.

Cómo completar este documento

Este formulario de poder notarial para atención médica se divide en cuatro partes.

Parte I – Nombramiento de un Agente de Atención Médica

Parte II – Autoridad del Agente de Atención Médica

Parte III – Declaración de deseos, disposiciones especiales o limitaciones

Parte IV – Cómo legalizar el documento.

Pasos a seguir:

En cada una de las cuatro partes del documento adjunto encontrará instrucciones.

Lea y siga cuidadosamente estas instrucciones. Los puntos básicos que debe realizar son:

- 1) Proporcionar la información en la página 3;
- 2) Nombrar al menos un agente de atención médica en la página 5;
- 3) Indicar los escoges para la Parte II en la página 6

- 4) Indicar cualquier instrucción por escrito que desea en la Parte III; páginas 7 y 8
- 5) Firmar y fechar el documento en la página 10; y
- 6) Tener el documento testificado O notariado.

Después de completar este documento

Después de completar el documento, mantenga el documento original con usted, haga copias y distribúyalas de la siguiente manera:

- una copia para usted
- una copia para cada agente de atención médica nombrado en el documento
- una copia para compartir y analizar con su médico;
- una copia para su expediente del hospital donde acudiría en caso de emergencia;
- copias extra para compartir con otros si lo desea (seres queridos, su ministro/clérigo/rabino, y su abogado)

Una copia de fax o una foto del documento tiene tanta validez legal como una original. Asegúrese de mantener una copia en un lugar fácilmente accesible.

¿Necesita ayuda?

Si necesita ayuda para completar este documento, puede comunicarse con los siguientes lugares;

Generations Area Agency on Aging

935 E 53rd St
Davenport Iowa 52807
563-324-9085

Genesis

GMC – Dewitt
1118 11th St.
Dewitt IA 52742
563-653-4200

GMC – East
1227 E Rushholms St.
Davenport IA 52803
563-421-1000

GMC – West
1401 W Central Park
Davenport IA 52804
563-421-1000

GMC – Illini Campus
801 Hospital Rd
Silvis IL 61282
309-792-9363

Trinity

Trinity West Campus
2701 17th Street
Rock Island IL 61201
309-779-5000

Trinity 7th Street
500 John Deere Rd.
Moline IL 61265
309-779-5000

Trinity at Terrace Park
4500 Utica Ridge Rd
Bettendorf IA 52722
563-742-5000

Poder Notarial para Atención Médica

Para

Nombre _____ Sexo _____

Otros nombres
usados _____

Fecha de nacimiento: _____
SSN(Opcional) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Copias de este documento se han entregado a:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Documento de Poder Notarial para Atención Médica

Aviso para la persona que prepara este documento:

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Ninguna atención médica puede administrarse sobre su objeción, y la atención médica necesaria no puede pararse ni retirarse si se opone.

Debido a que los proveedores de atención médica en algunos casos podrían no haber tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, a menudo no están familiarizados con sus creencias y valores y los detalles de sus relaciones familiares. Esto representa un problema si usted se vuelve incapaz física o mentalmente para tomar decisiones sobre su atención médica.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal a fin de especificar el nombre de una persona que usted desee que tome las decisiones de atención médica en su nombre, si usted no puede tomar esas decisiones personalmente. Esa persona se conoce como agente de atención médica. Debe dedicar algún tiempo para conversar sobre sus ideas y creencias de su tratamiento médico con la persona o personas que usted pueda nombrar específicamente. En este documento puede declarar todo tipo de atención médica que desee o no desee; y puede limitar la autoridad de su agente de atención médica. Si su agente de atención médica no está informado de sus deseos con respecto a una decisión de atención médica en particular, se requiere que él o ella determine qué sería lo más beneficioso para usted al tomar la decisión.

Este es un documento legal importante. Le otorga a su agente amplios poderes para tomar decisiones de atención médica en su nombre. Así mismo revoca cualquier poder notarial previo para atención médica que haya hecho anteriormente. Si desea cambiar su Poder Notarial para Atención Médica, puede revocar este documento en cualquier momento y destruirlo; ya sea indicándole a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando y fechando una declaración por escrito, o declarando que se revoca en presencia de dos testigos. Si lo revoca, deberá informar a su agente, a sus proveedores de atención médica, y a cualquier otra persona a quien haya entregado una copia de él. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio se anula o está divorciado(a) después de firmar este documento, el nombramiento de su cónyuge como agente de atención médica ya no tendrá validez.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente.

Se recomienda que mantenga el original de este documento.

Parte I – Nombramiento de una persona para que tome decisiones sobre mi atención médica cuando no pueda tomar mis propias decisiones sobre la atención médica.

Si ya no puedo tomar mis propias decisiones sobre la atención médica, este documento nombra a la persona que escogí para que tome las decisiones en mi nombre. Esta persona será mi Agente de Atención Médica. Esta persona tomará las decisiones sobre mi atención médica cuando mi médico haya determinado que soy incapaz de tomar decisiones de atención médica tal como se estipula conforme a la ley del estado.

Instrucciones para completar esta parte:

Cuando seleccione a la persona que será su agente de atención médica, escoja a alguien que lo conozca bien, en quien usted confíe, que esté dispuesto a representar sus puntos de vista y valores, y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en condiciones de mucho estrés. A menudo los miembros de la familia son buenos escogidos, pero no siempre. Asegúrese que escoge a alguien que cumplirá a cabalidad lo que usted desea y que será un buen protector suyo. Lo que usted decida, tómese el tiempo necesario para analizar este documento y sus puntos de vista con la(s) persona(s) que escogió para que sea(n) su(s) agente(s).

Su Agente de Atención Médica no debe tener menos de 18 años de edad, y no debe ser su proveedor de atención médica o empleado de él, a menos que sea un pariente cercano. Se proporciona espacio para un segundo o tercer agente de atención médica alternativo.

La persona que escojo para que se mi Agente de Atención Médica es:

Nombre: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono de la casa/noche: _____

Teléfono celular: _____ Dirección electrónica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si este Agente de Atención Médica no puede o no desea tomar esta decisión en mi nombre, o si mi cónyuge es nombrado(a) como mi Agente de Atención Médica y nuestro matrimonio se anula o estamos divorciados, **entonces mi siguiente escoge para Agente de Atención Médica es:**

Segundo escoge

Nombre: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono de la casa/noche: _____

Teléfono celular: _____ Dirección electrónica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si este Agente de Atención Médica no puede o no desea tomar esta decisión en mi nombre, o si mi cónyuge es nombrado(a) como mi Agente de Atención Médica y nuestro matrimonio se anula o estamos divorciados, **entonces mi siguiente escoge para Agente de Atención Médica es:**

Tercer escoge

Nombre: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono de la casa/noche: _____

Teléfono celular: _____ Dirección electrónica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parte II – Autoridad general del Agente de Atención Médica

Deseo que mi Agente de Atención Médica sea capaz de hacer lo siguiente (por favor, tache cualquier cosa que no desee que su Agente de Atención Médica haga y que se lista a continuación):

- Tome decisiones en mi nombre sobre la atención o servicios médicos, como análisis, medicamentos y operaciones. Si el tratamiento ha sido iniciado, mi Agente de Atención Médica puede decidir que se continúe o que se pare dependiendo de mis instrucciones establecidas o para mi mejor beneficio.
- Interprete cualquier instrucción establecida en este formulario o proporcionada en otra discusión de acuerdo con el entendimiento de mi Agente de Atención Médica sobre mis deseos y valores.
- Que me traslade a otro estado si es necesario.
- Que determine qué profesionales de atención médica y organizaciones proporcionarán mi atención médica.

Instrucciones para estas secciones:

Ponga sus iniciales delante de **UNO** de los siguientes.

Agente autorizado para iniciar, retener, o retirar el tubo de alimentación y la hidratación intravenosa.

_____ Sí, mi Agente de Atención Médica tiene autoridad para decidir que tenga un tubo para alimentación o inicie, mantenga o se me retire la hidratación intravenosa sujeto a cualquier limitación establecida en este documento.

_____ No, mi Agente de Atención Médica no tiene autorización para decidir que tenga un tubo para alimentación o inicie, mantenga o se me retire la hidratación intravenosa.

Parte III – Declaración de deseos, disposiciones especiales o limitaciones

Mi Agente de Atención Médica tomará decisiones consecuentes con mis deseos indicados, y está sujeto a cualquier instrucción o limitación especial que yo pueda listar aquí. Las siguientes son algunas instrucciones específicas par mi Agente de Atención Médica y/o para el médico que me brinde atención médica. Si no se puede contactar a mi Agente de Atención Médica, deseo que se cumplan las instrucciones enumeradas a continuación basadas en mi derecho tácito y constitucional para dirigir mi propia atención médica.

Instrucciones para completar esta parte:

No se requiere que proporcione ninguna instrucción por escrito o haga alguna selección en la Parte III. Si decide **no** proporcionar instrucciones, su agente de atención médica tomará decisiones basado en sus instrucciones orales o que se consideren en su mejor beneficio. Si decide **no** proporcionar ninguna instrucción, trace una línea y escriba “sin instrucciones” de un lado a otro de la página.

Cómo parar los intentos de tratamiento para prolongar la vida:

(Indique sus deseos escribiendo **SÍ** o **NO** en la línea provista.)

_____ Si presento un estado en que razonablemente se tenga la certeza que no recuperaré mi capacidad para interaccionar significativamente conmigo mismo, mi familia, amigos y ambiente, deseo que paren o retiren un respirador/ventilador que podría utilizarse para prolongar mi existencia.

Control del dolor y síntomas:

(Indique sus deseos escribiendo **SÍ** o **NO** en la línea provista.)

_____ Si presento un estado donde se paren los esfuerzos para prolongar mi vida, deseo que me proporcionen tratamiento médico y cuidados de enfermería que me hagan sentir cómodo, aunque hayan riesgos de acelerar mi muerte.

Resucitación cardiopulmonar (CPR):

Mi selección enumerada a continuación para recibir CPR podría ser reconsiderada por mi Agente de Atención Médica teniendo en cuenta mis otras instrucciones o la información médica nueva. Si no deseo que se realicen intentos de CPR, mi médico deberá estar informado de esta decisión. Pueden ser necesarios otros documentos para controlar las acciones del personal de emergencia.

(Ponga **UNA** inicial y tache con una línea las declaraciones que no desee.)

_____ Deseo recibir intentos de resucitación cardiopulmonar (CPR) si presento paro cardíaco.

_____ No deseo recibir intentos de resucitación cardiopulmonar (CPR) si presento paro cardíaco.

_____ Deseo recibir intentos de resucitación cardiopulmonar a menos que mi médico determine uno de lo siguiente

- Que tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo; O
- No tengo posibilidad razonable de sobrevivir si presento paro cardíaco; O
- Tengo poca posibilidad de sobrevivir a largo plazo si presento paro cardíaco y el proceso de resucitación causará sufrimiento significativo.

Si indico que no deseo recibir intentos de CPR, esta decisión, en sí, no detendrá que el personal de emergencia intente CPR en una emergencia. El personal de emergencia proporcionará CPR a menos que esté enterado de que usted tiene una orden de no proporcionar resucitación fuera del hospital.

Religión: (opcional)

Soy de la fe _____, y soy miembro de la _____ congregación, sinagoga, o grupo que rinde culto. Número de teléfono de la congregación, sinagoga, o grupo que rinde culto (si se conoce): _____

Personas a las que deseo que mi Agente incluya en el proceso de decisión:

Solicito que si hay tiempo, mi Agente de Atención Médica incluya a las siguientes personas en las decisiones de mi atención médica:

Otras instrucciones o limitaciones que deseo que mi Agente de Atención Médica siga:

Si se acerca el momento de mi muerte. Deseo lo siguiente: (Haga una lista de las cosas que harían más significativa el momento de la muerte).

Si se acerca el momento de mi muerte y no puedo hablar, deseo que mis amigos y familiares sepan:

Parte IV – Cómo legalizar el documento

Instrucciones para completar esta parte:

Este documento se firma y fecha en presencia de dos testigos o de un notario público.

Pienso con claridad, y estoy de acuerdo con todo lo que está escrito en este documento y lo hago voluntariamente.

Mi firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Declaración del testigo

Creo que el arriba firmante está en pleno uso de sus facultades mentales y tiene al menos 18 años de edad. Soy testigo presencial de que él o ella firmó este documento, y creo que lo hizo voluntariamente.

Testigo número 1:

Firma

Nombre en letra de imprenta
imprensa

Dirección

Fecha

Testigo número 2:

Firma

Nombre en letra de

Dirección

Fecha

Instrucciones para la notarización:

Los residentes de Iowa pueden tener este documento firmado por un notario público autorizado en su estado en lugar de tener dos testigos.

Notario Público

Ante mí el _____(Fecha), _____(Nombre)
Reconozco la firma de él/ella en este documento, o reconozco que él/ella autorizó a la persona que firma este documento, para firmar en su nombre. No estoy nombrado como Agente de Atención Médica o Agente de Atención Médica alternativo en este documento.

(Sello del Notario)

Firma del Notario