

Formulario Breve Reglamentario del Estado de Illinois

☞ Poder para la Atención de la Salud ☞

(AVISO: El propósito de este poder es para otorgarle a la persona que usted designe (su "mandatario") amplias facultades para tomar decisiones relacionadas a su salud; incluyendo el poder de exigir, dar consentimiento o retirar cualquier tipo de atención médica o cuidado personal por cualquier condición física o mental y para internarlo o darlo de alta de cualquier hospital, enfermería u otra institución. Este formulario no le impone a su mandatario la obligación de ejercer los poderes concedidos; sin embargo cuando tales poderes son ejercidos, su mandatario deberá emplear el cuidado debido para actuar en su beneficio y en conformidad con este formulario, así como mantener un registro de recibos, desembolsos, y actividades relevantes realizadas como mandatario. Un tribunal puede derogar los poderes de su mandatario si determina que el mandatario no esta procediendo adecuadamente. Conforme este formulario, usted puede designar mandatarios sucesores pero co-mandatarios ni proveedores de asistencia médica podrán ser designados. Su mandatario puede ejercer aquellos poderes otorgados en este formulario durante su vida, aún después de que usted sea declarado incapacitado; a menos que usted expresamente limite la duración de este poder en la manera indicada posteriormente hasta que usted revoque este poder o un tribunal actuando en su nombre lo extinga. Las facultades otorgadas a su mandatario, su derecho de revocar dichos poderes y las sanciones por violar la ley son explicadas en detalle en las secciones 4-5, 4-6, 4-9 y 4-10(b) de la "Ley sobre Poderes para Atención de la Salud" de Illinois, de las cuales forma parte de este formulario. Esa ley expresamente permite el uso de cualquier otro formulario de poder que usted desee. Si este documento contiene algo que usted no comprenda, es recomendable consultar con un abogado para que se lo explique.)

El presente PODER es celebrado a los _____ días de _____ de _____.
(mes) (año)

1. Yo, _____
(insertar nombre y dirección del mandante)

por el presente designo a: _____
(insertar nombre y dirección del mandatario)

como mi apoderado ("mi mandatario") para que actúe por mi y en mi nombre (de cualquier manera en que yo podría actuar en persona) para efectuar cualquier y toda decisión relacionado con mi cuidado personal, tratamiento médico, hospitalización y atención de salud; así como para exigir, impedir o retirar cualquier tipo de tratamiento o procedimiento médico, aunque promueva mi muerte. Mi mandatario tendrá el mismo acceso a mis registros médicos que yo, incluso el derecho de dar a conocer su contenido a otras personas. Asimismo mi mandatario tendrá plenas facultades para autorizar mi autopsia, y para dirigir la disposición sobre mis restos. Al producirse mi fallecimiento, mi mandatario tendrá plena facultad para realizar una donación anatómica de lo siguiente (marque con sus iniciales una opción):

Cualquier órgano:

Órganos específicos:

(El otorgamiento de las previas facultades procura ser lo más amplio posible de modo que su mandatario tenga la autoridad de realizar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o concluir cualquier tipo de atención de salud, incluyendo la administración de alimentos, agua u otras medidas para prolongar la vida; siempre que su mandatario considere que esa acción sería coherente con su intención y sus deseos. Si usted desea limitar el ámbito de las facultades de su mandatario, prescribir reglas específicas o limitar la facultad de realizar donaciones anatómicas, autorizar su autopsia o disponer de sus restos, puede hacerlo en los siguientes párrafos.)

2. Las facultades otorgadas precedentemente no incluirán las facultades siguientes, o bien estarán sujetas a las siguientes normas o limitaciones (aquí usted puede incluir toda limitación específica que considere apropiada, tal como: su propia definición de cuándo deben suspenderse las medidas para prolongar la vida; la indicación de continuar administrando alimentos, fluidos y tratamiento para prolongar la vida en todos los casos; o instrucciones para rechazar cualquier tipo de tratamiento específico que no guarde coherencia con sus creencias religiosas, o que sean inaceptables para usted por cualquier otra razón, como transfusiones de sangre, terapia electroconvulsiva, amputación, psicocirugía, internación voluntaria en una institución para enfermedades mentales, etc.):

(La cuestión del tratamiento para prolongar la vida es de importancia particular. Las siguientes declaraciones generales facilitan la administración de este tema; en relación a la suspensión o retención del tratamiento para prolongar la vida. Si usted está de acuerdo con alguna de estas declaraciones, marque con sus iniciales la declaración correspondiente, pero no inicie más de una):

_____ Iniciales No deseo que se prolongue mi vida, y tampoco que se me proporcione o se continúe proporcionándome tratamiento para prolongar mi vida si mi mandatario considera que las cargas que impone dicho tratamiento superan los beneficios esperados. Al tomar decisiones relativas al tratamiento para prolongar mi vida, deseo que mi mandatario considere, además de esa prolongación, el alivio del sufrimiento, los gastos involucrados y la calidad.

_____ Iniciales Deseo que se prolongue mi vida, y también deseo que se me proporcione o se continúe proporcionándome tratamiento, a menos que esté en un estado de coma que, a juicio del médico interviniente, sea irreversible de conformidad con principios médicos razonables al momento de referencia. En caso de haber sufrido un estado de coma irreversible, deseo que no se me administre o se interrumpa el tratamiento para prolongar la vida.

_____ Iniciales Deseo que se prolongue mi vida en el mayor grado posible, independientemente de mi condición, de las posibilidades de recuperación, o del costo de los procedimientos.

(Este poder puede ser enmendado o revocado por usted en la manera establecida en la sección 4.6 de la “Ley sobre Poderes para Atención de la Salud” de Illinois (vea el dorso de este formulario). En ausencia de enmienda o revocación, la autoridad otorgada en este poder adquirirá vigencia en el momento en que se firme dicho poder, y continuará hasta que se produzca su fallecimiento, o con posterioridad si se autoriza la donación anatómica, la autopsia o la disposición de los restos, a menos que se disponga una limitación en la fecha de comienzo o en la duración, marcando con sus iniciales y completando una o ambas de las siguientes cláusulas:)

3.() Este poder adquirirá vigencia el _____

(inserte una fecha o un evento durante su vida, tales como la determinación de su incapacidad por parte de un tribunal, en cuyo momento desea que comience la vigencia de este poder)

4.() Este poder concluirá el _____

(inserte una fecha o un evento futuro, tales como la determinación de su incapacidad por parte de un tribunal, en cuyo momento desea que concluya este poder antes de su fallecimiento)

(Si usted desea designar mandatarios sucesores, inserte los nombres y domicilios de dichos sucesores en los siguientes párrafos.)

5. En caso de que algún mandatario designado por mí fallezca, se vuelva incompetente, renuncie, se rehuse a aceptar el cargo de mandatario, o no esté disponible, designo a las siguientes personas (para que cada una de ellas actúe en forma independiente y sucesiva, en el orden mencionado) como sucesores de dicho mandatario:

A los fines del presente párrafo 5, una persona se considerará incompetente si es menor de edad, declarada incompetente, incapacitada, o bien incapaz de dar una pronta e inteligente consideración a cuestiones de atención de la salud, según lo certifique un médico con la licencia correspondiente.

(Si usted desea designar a su mandatario como guardián de su persona, para el caso en que un tribunal resuelva que es necesario designarlo, usted puede, aunque no tiene la obligación de hacerlo, designarlo utilizando el párrafo siguiente. El tribunal designará a su mandatario en caso de que resuelva que dicha designación atenderá sus intereses y su bienestar. Si no desea que su mandatario actúe como guardián, tache el párrafo 6.)

6. En caso de que deba designarse un guardián para mi persona, designo con tal carácter al mandatario que se desempeñe conforme al presente poder, quien actuará sin caución o garantía.

7. Estoy plenamente informado sobre el contenido de este formulario, y comprendo el total alcance de las facultades otorgadas a mi mandatario.

Firma _____
(mandante)

El mandante ha tenido la oportunidad de leer el formulario precedente, y ha estampado su firma o ratificado su firma o su marca en el mismo, en mi presencia.

_____ Con domicilio en _____
(testigo)

Formulario Breve Reglamentario del Estado de Illinois
Poder para la Atención de la Salud

(Usted puede, aunque no tiene la obligación de hacerlo, solicitar a su mandatario y sus mandatarios sucesores que incluyan a continuación una muestra de su firma. Si usted incluye dichas muestras de firma en este poder, deberá completar la certificación que figura junto a las firmas de los mandatarios.)

Muestras de firma del mandatario (y sucesores)

Certifico que las firmas de mi mandatario (y sucesores) son correctas.

(mandatario)

(mandante)

(mandatario sucesor)

(mandante)

(mandatario sucesor)

(mandante)