



Directiva Avanzada

Poder notarial de atención médica y testamento de vida

Nombre en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Para más información contacte:
Atención de pacientes al (910) 615-6120

“MI VOZ – mi elección”

mi deseo para:

- *La persona que deseo que tome mis decisiones de atención médica cuando yo no pueda.*
- *El tipo de tratamiento médico que deseo o no deseo.*
- *Qué quiero que mis seres queridos sepan.*



Una Directiva Avanzada para North Carolina

Un formulario práctico para todos los adultos

Introducción

Este formulario le permite expresar sus deseos para su atención médica futura y guiar decisiones sobre su atención. No trata sobre decisiones financieras. Aunque no hay un requisito legal para que usted tenga una directiva avanzada, completar este formulario podría ayudar a recibir la atención médica que desea.

Si usted tiene 18 años o más y es capaz de tomar y comunicar decisiones de atención médica, usted puede usar este formulario.

Preguntas frecuentes

1. **¿Qué es un poder notarial de atención médica?** Un poder notarial de atención médica es un documento legal en el cual usted nombra a otra persona, llamada “agente de cuidado de salud” a tomar decisiones por usted cuando no puede tomar esas decisiones por sí mismo.
2. **¿Quién puede ser un agente de cuidado de salud?** Una persona competente por lo menos de 18 años y que no sea su proveedor pago de atención médica puede ser su agente de cuidado de salud.
3. **¿Cómo debería elegir su agente de cuidado de salud?** Usted debería elegir su agente de cuidado de salud cuidadosamente, porque esa persona tendrá amplia autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica. Un buen agente de cuidado de salud es alguien que lo conoce bien, está disponible para representarlo cuando sea necesario, y está dispuesto a honrar sus deseos. Es muy importante hablar con su agente de cuidado de salud sobre sus objetivos y deseos para su atención médica futura, para que él o ella sepan qué atención desea.
4. **¿Cuándo será efectivo este poder notarial de atención médica?** Este documento entrará en vigor si su doctor determina que usted perdió la habilidad de tomar sus propias decisiones de atención médica.
5. **¿Cómo puede revocar este poder notarial de atención médica?** Si usted es competente, puede revocar este poder notarial de atención médica de cualquier manera que indica claramente su deseo de revocarlo. Por ejemplo, usted puede destruir este documento, escribir “anulado” a través de este documento, comunicar a su doctor que está revocando el documento o completar un nuevo poder notarial de atención médica.
6. **¿Qué son medidas de prolongación de la vida?** Medidas de prolongación de la vida son tratamientos médicos que solo servirían para posponer la muerte, incluyendo respiradores, diálisis renal, antibióticos, alimentación por sonda (nutrición e hidratación artificiales) y formas similares de tratamiento.
7. **¿Y si deseo recibir la alimentación por sonda (nutrición e hidratación artificiales)?** Usted puede expresar su deseo de recibir alimentación por sonda en ciertas circunstancias. Para hacer esto, seleccione las opciones que desea en la Sección 6(A).

¿Qué debería hacer con mi Poder Notarial de Atención Médica y Testamento en Vida?

Una vez que firme el documento en la presencia de un escribano, existen algunos pasos para asegurar que sus doctores, familia y seres queridos sigan sus deseos.

- **Haga copias de las páginas que tienen códigos de barra.**
- **Si los envía por correo postal, asegúrese de incluir una hoja de portada con su dirección, fecha de nacimiento y número de teléfono.**
- **Discuta el Testamento en Vida con sus doctores.** Es crítico que usted comunique directamente sus deseos a su doctor. Asegúrese de ser claro en lo que desea y de que su médico honrará sus deseos.
- **Entregue copias de sus documentos a agente de cuidado de salud si tiene uno.** Esta es la persona que usted nombró en su Poder Notarial de Atención Médica, si usted ejecutó ese documento.
- **Entregue copias de sus documentos a su familia y seres queridos.** Usted puede que desee entregar una copia a su clero.
- **Guarde los documentos originales en un lugar seguro y fácil de acceder en todo momento.** Usted debería hacer una copia adicional para usted en caso de perder el original o si es destruido o dañado accidentalmente. No coloque estos documentos en una caja de seguridad.
- **Rotule una copia “Hospital” y llévelo con usted si ingresa a un hospital u otro centro de tratamiento.** Entréguela al personal del hospital para que pueda colocarse en su expediente médico. Si, en una fecha más tarde, usted cambia sus documentos, asegúrese de que el hospital reciba los documentos actualizados.
- **Haga una lista de todos a los que entregó una copia de sus documentos.** Si, en una fecha más tarde, usted cambia sus documentos, tendrá una lista de quién necesita un documento actualizado.

Poder Notarial de Atención Médica

1. Elección de un agente de cuidado de salud (escriba en letra de imprenta)

Mi nombre es: _____ Mi fecha de nacimiento: ____/____/____

Mi domicilio: _____
Número y calle Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono de domicilio

Teléfono del trabajo

Teléfono celular

Yo elijo a la siguiente persona como mi agente de cuidado de salud para tomar mis decisiones de atención médica en mi nombre en este documento. El documento entrará en vigor cuando mi doctor determine que he perdido mi capacidad de tomar o comunicar mis propias decisiones de atención médica:

Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio: _____
Número y calle Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono de domicilio

Teléfono del trabajo

Teléfono celular

Si la persona nombrada arriba no es capaz o no está dispuesta para servir como mi agente de cuidado de salud, yo elijo a la siguiente persona para actuar como mi agente de cuidado de salud en su lugar:

Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio: _____
Número y calle Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono de domicilio

Teléfono del trabajo

Teléfono celular

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302



Advance Directive

AD0100

2. Declaración general de la autoridad otorgada

Sujeta a cualquier restricción que provee de lo contrario en este documento, yo doy a mi agente de cuidado de salud el poder y la autoridad completa de tomar y llevar a cabo todas las decisiones de atención médica sobre mi atención médica, incluyendo, pero sin limitarse, el poder y la autoridad de:

- A. Revisar y compartir cualquier información, verbal o escrita, sobre mi salud física o mental, incluyendo expedientes médicos y clínicos.
- B. Elegir a mis proveedores de atención médica.
- C. Elegir mi centro de atención médica y dar consentimiento de mi ingreso. Un centro de atención médica podría incluir un hospital, centro de enfermería o convalecencia, hospicio, centro de atención a largo plazo u otro centro de atención médica.
- D. Autorizar mi ingreso a un centro para la atención o tratamiento de salud mental. Yo puedo completar la Sección 3 de este documento o una Instrucción Avanzada para el Tratamiento de Salud Mental aparte para dar instrucciones o restricciones adicionales para mi tratamiento de salud mental. Si no completo la Sección 3 y no completo una Instrucción Avanzada para el Tratamiento de Salud Mental, mi agente de cuidado de salud tendrá la autoridad amplia para autorizar mi atención y tratamiento de enfermedad mental.
- E. Autorizar la administración de medicamentos para el tratamiento de salud mental y tratamiento electroconvulsivo (ECT) comúnmente llamado “tratamiento de shock”. Yo puedo completar la Sección 3 de este documento o una Instrucción Avanzada para el Tratamiento de Salud Mental aparte para dar instrucciones o restricciones adicionales para mi tratamiento de salud mental. Si no completo la Sección 3 y no completo una Instrucción Avanzada para el Tratamiento de Salud Mental, mi agente de cuidado de salud tendrá la autoridad amplia para autorizar mi atención y tratamiento de salud mental.
- F. Dar, retirar y retener la autorización para todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento ordenados o bajo la autorización de un proveedor de atención médica. Esta autorización incluye específicamente el poder de autorizar medidas de alivio del dolor.
- G. Autorizar el inicio o detención de medidas de prolongación de la vida. Yo puedo completar la Sección 6 de este documento que contiene mi Directiva Avanzada. Si completo la Sección 6, mi agente de cuidado de salud debe seguir mis instrucciones y limitaciones que doy para las medidas de prolongación de la vida. Si no completo la Sección 6, mi agente de cuidado de salud tendrá la amplia autorización de elegir cuando iniciar o detener las medidas de prolongación de la vida.
- H. Autorizar una autopsia o disposición directa de mis restos, sujetas a cualquier instrucción o limitación contenida en la Sección 4 de este documento.
- I. Tomar cualquier acción legal que podría ser necesaria para llevar a cabo estas decisiones.

3. Provisiones y limitaciones especiales

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302



Advance Directive

AD0100

Solo complete esta Sección 3 si desea limitar el alcance de los poderes dados a su agente de cuidado de salud según se declaró arriba. Si ninguno de los siguientes está firmado con sus iniciales, no habrá limitaciones especiales de la autoridad de su agente.

NOTA: NO firme sus iniciales a menos que agregue una limitación.

A. _____ En el ejercicio de la autoridad para tomar decisiones de atención médica, incluyendo
(Iniciales) decisiones de atención de salud mental en mi nombre, la autoridad de mi agente de cuidado de salud está sujeta a las siguientes provisiones especiales:

B. _____ En el ejercicio de la autoridad para tomar decisiones sobre la autopsia y disposición
(Iniciales) de restos en mi nombre, la autoridad de mi agente de cuidado de salud está sujeta a las siguientes provisiones especiales:

4. Provisión de tutela

Si es necesario que una corte nombre un tutor de mi persona, yo nomino a las personas designadas en la Sección 1, en el orden nombradas, a que sean mi tutor, para servir sin obligación ni garantía. El tutor actuará consistentemente con G.S. 35A-1201(a)(5). (Solo escriba iniciales aquí si desea nominar a su agente de cuidado de salud para que sirva como su tutor; de lo contrario, deje en blanco) _____

5. Confianza en el agente de cuidado de salud

- A. Cualquier persona que confía de buena fe en la autoridad de mi agente de cuidado de salud no será responsable por cualquier acción u omisión realizada con base en la autoridad de mi agente de cuidado de salud.
- B. Solo mi agente de cuidado de salud puede ejercitar los poderes otorgados en este documento. Una vez que este documento es vigente, la firma o acciones de mi agente de cuidado de salud tomadas consistentemente con este documento pueden ser aceptadas como si yo las autorizara totalmente y como si estuviera presente, fuera competente y actuara en mi nombre. Cualquier acción tomada por mi agente de cuidado de salud consistente con este documento y hecha de buena fe me obligará a mi, mis bienes, mis herederos, mis sucesores, personas asignadas y representantes personales. La autoridad dada a mi agente de cuidado de salud dada en este documento es superior a cualquier autoridad de mi familia, parientes, amigos u otros.

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302



Advance Directive

AD0100

6. Directiva Avanzada sobre una muerte natural

Usted está solo obligado a completar esta sección si desea dar instrucciones específicas sobre medidas de prolongación de la vida que podrían estar disponibles para usted. Si elige no completar esta Sección 6, su agente de cuidado de salud tendrá la capacidad de determinar cuando deberían retenerse o retirarse las medidas de prolongación de la vida y tendrá la autoridad de retener cualquier nutrición e hidratación artificiales.

A. Con respecto a las medidas de prolongación de la vida, si mi médico tratante determina que yo carezco la capacidad de tomar o comunidad decisiones de atención médica y:

I. Yo tengo una condición incurable o irreversible que resultará en mi muerte dentro de un periodo de tiempo relativamente corto, yo instruyo lo siguiente (**firme solo UN espacio**):

(Iniciales)

Directiva para retener o retirar tratamiento: YO NO deseo que mi vida se prolongue e instruyo que las medidas de prolongación de la vida DEBEN retenerse o discontinuarse a pesar de las instrucciones de mi agente de cuidado de salud en su contra.

Sin embargo, YO SÍ deseo recibir nutrición e hidratación artificiales (**Usted debe firmar sus iniciales si desea recibir nutrición o hidratación artificiales. De lo contrario, deje en blanco**). _____

(Iniciales)

Directiva de tratamiento máximo: YO NO autorizo a mi agente de cuidado de salud a retirar, retener o discontinuar ninguna medida de prolongación de la vida. Yo deseo que mi vida se prolongue en la mayor medida posible, dentro de los estándares aceptados de práctica médica, sin importar mi condición, las chances de recuperación o el costo de dichos procedimientos.

II. Si estoy inconsciente y, con un nivel alto de certidumbre médica, nunca recuperaré mi conocimiento, yo instruyo lo siguiente (**firme solo UN espacio**):

(Iniciales)

Directiva de retener o retirar tratamiento: YO NO deseo que se prolongue mi vida y doy instrucción de que se DEBEN retener o discontinuar las medidas de prolongación de la vida a pesar de las instrucciones de mi agente de cuidado de salud en su contra.

Sin embargo, YO SÍ deseo recibir nutrición e hidratación artificiales (**Usted debe firmar sus iniciales aquí si desea recibir nutrición o hidratación artificiales. De lo contrario, deje en blanco**). _____

(Iniciales)

Directiva de tratamiento máximo: YO NO autorizo a mi agente de cuidado de salud a retirar, retener o discontinuar ninguna medida de prolongación de la vida. Yo deseo que mi vida se prolongue en la mayor medida posible, dentro de los estándares aceptados de práctica médica, sin importar mi condición, las chances de recuperación o el costo de dichos procedimientos.

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302



Advance Directive

AD0100

III. Yo padezco de demencia avanzada o cualquier otra condición que resulta en el pérdida sustancial de la capacidad cognitiva y esa pérdida, con un alto nivel de certidumbre médica, no es reversible, yo instruyo lo siguiente (**firmo solo UN espacio**):

(Iniciales)

Directiva para retener o retirar tratamiento: YO NO deseo que mi vida se prolongue e instruyo que las medidas de prolongación de la vida DEBEN retenerse o discontinuarse a pesar de las instrucciones de mi agente de cuidado de salud en su contra.

Sin embargo, YO SÍ deseo recibir nutrición e hidratación artificiales (**Usted debe firmar sus iniciales si desea recibir nutrición o hidratación artificiales. De lo contrario, deje en blanco**). _____

(Iniciales)

Directiva de tratamiento máximo: YO NO autorizo a mi agente de cuidado de salud a retirar, retener o discontinuar ninguna medida de prolongación de la vida. Yo deseo que mi vida se prolongue en la mayor medida posible, dentro de los estándares aceptados de práctica médica, sin importar mi condición, las chances de recuperación o el costo de dichos procedimientos.

7. Donación de órganos

Si usted desea que cualquiera o todos sus órganos estén disponibles para su donación, por favor escriba sus iniciales en una de las opciones de abajo. Si no desea donar ningún órgano, por favor deje esta sección sin completar.

En la medida que no haya ya hecho ningún arreglo durante mi vida que no ha sido anulado, mi agente de cuidado de salud puede ejercer todo derecho que yo podría tener a:

(Iniciales)

donar cualquier órgano o parte necesitados; or

(Iniciales)

donar solo los siguientes órganos o partes: _____

(Iniciales)

donar mi cuerpo para el estudio anatómico en caso necesario.

En el ejercicio de la autoridad para hacer donaciones, mi agente de cuidado de salud está sujeto a las siguientes provisiones y limitaciones especiales:

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302



Advance Directive

AD0100



PARE: NO COMPLETE ESTA PÁGINA SIN LA PRESENCIA DE UN ESCRIBANO

Al firmar aquí, yo indico que estoy alerta mentalmente, soy competente y no estoy bajo ninguna coerción, fraude o influencia indebida. Estoy totalmente informado de los contenidos de este documento. Yo comprendo que este documento establece mis deseos sobre condiciones futuras bajo las cuales las medidas de prolongación de la vida podrían retenerse o discontinuarse.

Fecha: _____ Firma: _____

Por la presente, yo declaro que la persona nombrada arriba, _____, irmó el documento en mi presencia y aparenta estar en pleno uso de sus facultades y bajo ninguna coerción, fraude o influencia indebida. No estoy relacionado con la persona por sangre, matrimonio o adopción y no tendría derecho a ninguna porción de los bienes de la persona bajo ningún testamento o codicilo existente de la persona o como un heredero bajo la Ley de Sucesión Interestatal, si la persona muriese en esta fecha sin un testamento. Yo declaro además que no soy el médico tratante de la persona o un proveedor de atención médica o proveedor de tratamiento de salud mental, quien es (1) un empleado del médico tratante o proveedor de tratamiento de salud mental de la persona, (2) un propietario, operador o empleado de un propietario u operador de un centro de salud en el cual la persona es un paciente, o (3) un empleado de un centro de enfermería o cuidado de adultos donde la persona reside. Yo declaro además que no tengo ningún reclamo contra la persona o los bienes de la persona.

Date: _____ Signature of Witness: _____

Date: _____ Signature of Witness: _____

_____ COUNTY, _____ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by

_____ (type/print name of signer)

_____ (type/print name of witness)

_____ (type/print name of witness)

Date: _____

 Signature of Notary Public

(Official Seal) _____, Notary Public
 Printed or typed name

My commission expires: _____

Cape Fear Valley Health System
 P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302



Advance Directive

AD0100





ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



A mi agente de cuidado de salud, de _____

He completado un documento de Poder Notarial de Atención Médica, y en ese documento, le he nombrado a usted como mi agente de cuidado de salud. Deseo que usted tenga la siguiente información importante sobre los deberes como mi agente de cuidado de salud:

1. Su rol como mi Agente de Cuidado de Salud es tomar decisiones de atención médica en mi nombre si ya no soy capaz de tomar estas decisiones por mí mismo. Mi médico determinará cuando perdí la habilidad de tomar decisiones de atención médica.
2. Le proveeré con una copia de mi documento de Poder Notarial de Atención Médica que lo nombra mi Agente de Cuidado de Salud. Si incluí en ese documento cualquier instrucción especial para usted o cualquier limitación en las decisiones que usted puede tomar en mi nombre, le informaré sobre estas. Usted debe seguir esas instrucciones y respetar esas limitaciones, aún si son diferentes de las opciones que tomaría para usted.
3. Como mi Agente de Cuidado de Salud, usted tendrá autoridad para tomar cualquier decisión de atención médica en mi nombre como se indicó en la Sección 2 de ese documento, a menos que haya establecido de lo contrario limitaciones en el documento.
4. Confío en usted para tomar las decisiones de atención médica en mi nombre si ya no soy capaz de hacerlo. Le pido que tome decisiones de tratamiento por mí basándose en mis objetivos y deseos sobre qué tipo de atención debo recibir. Es muy importante, por lo tanto, que hagamos tiempo para discutir mis deseos, objetivos y esperanzas de mi tratamiento médico para que usted sepa qué tipo de atención deseo.
5. Si necesito atención médica y no puedo tomar mis decisiones de tratamiento por mi cuenta, por favor discuta mi condición médica y opciones de tratamiento con mis médicos y otros proveedores de atención médica. Por favor pídale cualquier información médica que necesite y pídale que le expliquen cualquier cosa que no entienda. Esta información que brinden lo ayudará a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento que yo preferiría.
6. Si, en un momento posterior, usted decide que ya no puede ser mi agente de cuidado de salud, por favor déjeme saber. Eso me permitirá designar a otra persona como mi agente de cuidado de salud. De la misma manera, si yo decido en el futuro designar a otra persona como mi agente de cuidado de salud, prometo informarle. Cualquier decisión lo liberará de cualquier responsabilidad futura como mi agente de cuidado de salud.

Yo acepto el nombramiento como su agente de cuidado de salud.

Firma de agente de cuidado de salud

Fecha

Cape Fear Valley Health System
P.O. Box 2000 / Fayetteville, NC 28302



Advance Directive

AD0100

