

Poder para toma decisiones médicas

Yo, _____, por la presente nombro

Nombre

Dirección

Teléfono

como mi representante para hacer decisiones de salud para mí, excepto en la medida en que indique lo contrario. En el caso de que la persona nombrada anteriormente no pueda, no quiera o no esté disponible para actuar como mi representante de atención medica designo:

Nombre

Dirección

Teléfono

Como mi representante alternativo hasta que él/ella pueda, quiera o esté disponible para actuar como mi representante de atención médica. Este poder de atención medica entrara en vigencia solo en caso de que yo no pueda tomar mis propias decisiones medicas de salud. Yo indico a mi representante a que tome decisiones sobre el cuidado de salud de acuerdo con mis valores morales, creencias religiosas y deseos de la siguiente manera o como se los he comunicado a él o ella:

Aquellos que toman decisiones por mi deben guiarse por mi mejor interés y por la enseñanza moral de la Iglesia Católica. Deseo recibir todo el cuidado que es moralmente requerido por las enseñanzas de la Iglesia y que no se haga nada que sea contrario a dichas enseñanzas. No deseo nada que me quite la vida directamente y que no se tomen medidas extraordinarias para prolongar irrazonablemente mi vida frente a una muerte inminente. El termino medidas extraordinarias debe entenderse de acuerdo a las enseñanzas de la Iglesia: procedimientos médicos que son excesivamente gravosos, peligrosos o desproporcionados para el resultado esperado. Deseo que todos los cuidados ordinarios, incluido el uso de analgésicos y alimentos asistidos e hidratación, se me proporcionen según las enseñanzas de la Iglesia. Yo autorizo a mi representante admitir "No resucitación" (DNR) en orden de administrar la reanimación cardiopulmonar (RCP) fuera una medida extraordinaria.

Por medio de este poder, ordeno a mis médicos, a mis otros proveedores de atención medica y a otras personas que puedan estar autorizadas a recopilar y compartir mi información médica según considere mi representante de salud como mi representante personal bajo (HIPAA) Ley federal que requiere proteger información de salud del paciente y no darlo a conocer sin su consentimiento. Y cualquier otra ley de privacidad estatal o federal y tratar las solicitudes instrucciones dadas por mi representante de atención medica como si fueran dadas o hechas por mi (en lo que respecta a la divulgación de dichas informaciones mis registros médicos) Mi representante podrá ejecutar todo documento que requiera tratamiento de acuerdo con mis intenciones. Mi representante puede también admitir llevarme a un Hogar de envejecientes o centro de cuidados a largo plazo como mi representante considere apropiado y pueda firmar en mi nombre cualquier documento relacionado con mi atención médica o un hospital.

Este poder permanecerá en efecto indefinidamente a menos que lo revoque por escrito o ejecute un nuevo poder de atención medica

Fecha: _____

Firma

Testigos: Los abajo firmantes declaran que la persona que firmo este documento es personalmente conocida por ellos y que él/ella parece estar en su sano juicio y actúa por su propia voluntad. Él/ella firmo este documento en nuestra presencia. Nosotros no somos las personas designadas como representantes por este documento.

Firma

Firma

Direccion

Direccion

Ciudad, Estado

Ciudad, Estado

Como ejecutar válidamente el poder del cuidado de la salud

He aquí las instrucciones en cómo usar este formulario para ejecuta válidamente el cuidado de la salud bajo las leyes del Estado de New York.

1. Imprimir tu nombre, dirección y número telefónico. Imprimirlo claramente el nombre, dirección y teléfono de la persona que tú quieres designar como tu representante en el cuidado de salud (También conocido como el apoderado) y tu apoderado alternativo. Tu apoderado alternativo solamente estar autorizado en el caso de que el primero elegido no este disponible o no pueda servir.
2. Tu apoderado no puede ser trabajador, administrador o empleado del hospital en el cual estas admitido, a no ser que ellos sean familiares tuyos. El doctor quien te trata no puede ser tu apoderado.
3. Tu debes firmar el formulario del apoderado en presencia de dos testigos. El documento no tiene que ser autorizado y tú no necesitas a un abogado
4. Estos testigos deben ser adultos y no pueden ser las mismas personas quienes fueron designadas como tu apoderado necesitas escoger dos personas separadas para ser testigos.
5. Tu puedes ofrecer a tu apoderado instrucciones acerca de la clase de cuidado de salud en tu tratamiento que quieres. Tú no tienes que decir estas instrucciones en el cuidado de salud a tu apoderado; tú las puedes informar a tu apoderado oralmente, pero es mejor idea hacerlo por escrito. Este formulario contiene instrucciones escritas que reflejan las enseñanzas de la Iglesia en cuanto a los tratamientos extraordinarios y asistencia de comida e hidratación.
6. Su apoderado no tiene autoridad de hacer decisiones acerca de su nutrición e hidratación a menos que ellos lo deseen o deseen estas medidas. Tú no tienes que decir tus deseos de cuidado salud a tu apoderado, tu puedes informar a tu apoderado acerca de esto oralmente pero es mejor hacerlo por escrito. Esta forma contiene instrucciones que reflejan las enseñanzas de la Iglesia.
7. Tu puedes revocar tu cita del apoderado por notificación del apoderado o tu proveedor del cuidado de la salud (Oralmente o por escrito) o ejecutando un nuevo apoderado. Ejecutando este formulario revoca su anterior apoderado del cuidado de la salud.
8. Es sabido que realizar dos apoderados del cuidado de la salud originales- uno podría mantenerse con sus documentos importantes y otro podría ofrecerse como su apoderado.