

**ESTADO DE ARIZONA**  
**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS**  
**Instrucciones y Formulario**

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Utilice este formulario de Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas si quiere seleccionar una persona para que tome decisiones de atención médica por usted, de manera que si usted se enferma de gravedad o no puede tomar esas decisiones por sí mismo, la persona que escoja y en quien confía puede tomar decisiones médicas por usted. Hable sobre sus elecciones con los miembros de su familia, amigos y otros en quien confía. También conviene hablar con profesionales como su médico, clérigo y un abogado antes de firmar este formulario.

Esté seguro de que comprende la importancia de este documento. Si decide que éste es el formulario que quiere usar, llene la información. **No firme este formulario** hasta que su testigo o un Notario Público esté presente para verlo firmar. Hay más instrucciones para usted sobre la firma de este formulario en la página tres.

**1. Información sobre mí:** (Se me denomina el "Principal")

Mi Nombre: \_\_\_\_\_ Mi Edad: \_\_\_\_\_  
Mi Dirección: \_\_\_\_\_ Mi Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mi Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Selección de mi representante de atención médica y uno alterno:** (También llamados un "agente" o "sustituto")

Escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Escojo a la siguiente persona que actúe como representante alterno para tomar decisiones de atención médica por mí si mi primer representante no está disponible, no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**3. Lo que AUTORIZO si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo:**

Autorizo a mi representante de atención médica que tome decisiones de atención médica por mí cuando no pueda tomar o comunicar mis decisiones de atención médica debido a enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Quiero que mi representante tome todas esas decisiones por mí excepto aquellas decisiones que he declarado expresamente en la Parte 4 a continuación que no autorizo que él/ella tome. Si me pudiera comunicar de cualquier manera, mi representante debería hablar conmigo sobre mis opciones de atención médica. Mi representante debe explicarme cualquier elección que él/ella tomó si estoy en capacidad de comprender. Este nombramiento queda vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por orden de un tribunal.

Los tipos de decisiones de atención médica que autorizo sean tomadas a nombre mío incluyen, pero no están limitadas a, lo siguiente:

- Aprobar o rehusar atención médica, incluyendo procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos o terapéuticos;
- Autorizar a los médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores de atención médica de su elección a proporcionarme cuidados, y comprometer mis recursos o mi patrimonio a pagar compensación razonable por estos servicios;

## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

- Aprobar o denegar mi ingreso a instituciones de atención médica, asilos de ancianos, centros de residencia asistida u otras instalaciones o programas. Al firmar este formulario, comprendo que permito a mi representante tomar decisiones sobre mi atención médica de salud mental, excepto que en general él o ella no pueden ingresarme a un ambiente de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas del día y a un programa de tratamiento intensivo - llamado un centro de salud del comportamiento "nivel uno" – utilizando únicamente este formulario;
- Tener acceso a y control de mi historial médico y tener la autoridad de entenderse sobre ese historial con proveedores de atención médica.

### 4. DECISIONES QUE EXPRESAMENTE NO AUTORIZO que mi Representante tome por mí:

No quiero que mi representante tome las siguientes decisiones de atención médica por mí (describala o escriba "no es pertinente"):

---

---

---

---

---

### 5. Mis deseos precisos sobre la autopsia:

NOTA: Según las leyes de Arizona, no se requiere una autopsia a menos que el médico forense del condado, el fiscal del condado o un juez del tribunal superior ordene que se lleve a cabo. Vea el documento de Información General para más información sobre este tema. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación en una de las siguientes opciones.

- \_\_\_\_\_ Al morir NO apruebo (no quiero) una autopsia.
- \_\_\_\_\_ Al morir SÍ apruebo (quiero) una autopsia.
- \_\_\_\_\_ Mi representante puede otorgar o rehusar aprobación para la autopsia.

### 6. Mis deseos precisos sobre donación de órganos: ("obsequio anatómico")

NOTA: Bajo las leyes de Arizona, puede donar todo o parte de su cuerpo. Si no escoge, su representante o familia pueden tomar la decisión cuando muera. Usted puede indicar cuáles órganos o tejidos quiere donar y dónde quiere que sean donados. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de A ó B a continuación. Si selecciona B, continúe con sus opciones.

\_\_\_\_\_ A. Yo NO QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos y no quiero que este donativo sea autorizado en mi nombre por mi representante o mi familia.

\_\_\_\_\_ B. Yo SÍ QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos al morir. He aquí mis instrucciones:

#### 1. Cuáles órganos/tejidos elijo donar: (Seleccione "a" ó "b" a continuación)

- \_\_\_\_\_ a. Cualquier órgano o parte necesitada.
- \_\_\_\_\_ b. Estas partes u órganos:
  - 1.) \_\_\_\_\_
  - 2.) \_\_\_\_\_
  - 3.) \_\_\_\_\_

#### 2. Para qué propósitos dono órganos/tejidos: (Seleccione a, b ó c a continuación)

- \_\_\_\_\_ a. Cualquier propósito legalmente autorizado (transplante, terapia, evaluación e investigación médica y dental, y/o el avance de ciencias médicas y dentales).
- \_\_\_\_\_ b. Únicamente para propósitos de transplante o terapéuticos.
- \_\_\_\_\_ c. Otro: \_\_\_\_\_

## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

### 3. A qué organización o persona quiero que vayan mis partes u órganos:

- a. Ya he firmado un acuerdo por escrito o una tarjeta de donante con relación a donación de órganos y tejidos con la persona o institución que sigue: (Nombre) \_\_\_\_\_
- b. Quisiera que mis tejidos u órganos fuesen a la persona o institución que sigue: (Nombre) \_\_\_\_\_
- c. Autorizo a mi representante para tomar esta decisión.

### 7. Disposición de funeral y entierro

Mi agente tiene la autoridad para llevar a cabo todos los asuntos que relacionan a mi funeral y deseos de disposición de entierro de acuerdo con este poder, que es efectivo sobre mi muerte. Mis deseos son reflejados abajo:

#### Inicial o ponga una marca por esas elecciones que usted desea escoger.

- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser enterrado. (Opuso ser incinerado)
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser enterrado en \_\_\_\_\_. (Opción Directiva)
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser incinerado.
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser incinerado con mis cenizas ser \_\_\_\_\_. (Opción Directiva)
- Mi agente hará todas las decisiones del funeral y la disposición de entierro (Opción Directiva)

### 8. Acerca de un Testamento en Vida:

NOTA: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder Perdurable para Atención Médica, tiene que adjuntar el Testamento en Vida a este formulario. Hay un formulario de Testamento en Vida en la página de Internet de la Procuraduría (AG). Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de la casilla A ó B.

**A.** He FIRMADO Y ADJUNTADO un Testamento en Vida debidamente completado además de esta Carta Poder Perdurable para Atención Médica para declarar las decisiones que he tomado sobre atenciones al final de la vida si no puedo comunicar o tomar mis propias decisiones en ese momento.

**B.** Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

### 9. Con relación a una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar:

NOTA: Un formulario para la Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar está disponible en la página de Internet del AG. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de la casilla A ó B.

**A.** Mi médico o proveedor de atención médica y yo HEMOS FIRMADO una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar en papel con fondo ANARANJADO en caso que llamen al 911 o a los Técnicos de Emergencia Médica o al personal de emergencia del hospital y que mi corazón o respiración se haya detenido.

**B.** Yo NO HE FIRMADO una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar.

### HIPPA RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE

**(Inicial)** Mi intención es que mi agente sea tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otro historial médico. Esta autoridad de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Obligación para Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

### FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Estoy firmando esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas como sigue:

Mi Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

B. Soy físicamente incapaz de firmar este documento, por lo que un testigo está verificando mis deseos como sigue:

**Verificación del Testigo:** Considero que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa exactamente los deseos que me fueron comunicados por el principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento. Él/ella es físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, y verifico que él/ella me indicó directamente a mí que la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento.

Nombre del Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO:

NOTA: Por lo menos un testigo adulto o un Notario Público debe atestiguar la firma de este documento y después firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) su representante; o (e) alguien que está involucrado en su atención médica al momento de firmarse este documento.

A. **Testigo:** Certifico que he atestado la firma de este documento por el Principal. La persona que firma esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas parecía estar lúcida y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos de ser un testigo y confirmo lo siguiente:

- Actualmente no estoy designado para tomar decisiones médicas para esta persona.
- No estoy involucrado directamente en administrar atención médica a esta persona.
- No tengo derecho a ninguna porción de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- No estoy emparentado con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Notario Público** (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted NO necesita que firme un notario):

ESTADO DE ARIZONA ) ss  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

El infrascrito, Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona que establece esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas la ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado con el arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas en nombre de él/ella. No estoy involucrado directamente en el suministro de atención médica al firmante. No tengo derecho a ninguna porción de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso que la persona que acepta esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas sea físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente

## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Última Página)

a mí que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Notario Público \_\_\_\_\_ Mi Cargo Vence: \_\_\_\_\_

### OPCIONAL: DECLARACIÓN DE QUE USTED HA HABLADO CON SU MÉDICO SOBRE SUS ELECCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL FUTURO

NOTA: Antes de decidir cual atención médica desea para sí mismo, posiblemente quiera consultar con su médico sobre sus alternativas de tratamiento. Esta declaración de su médico no es requerida por las leyes de Arizona. Si habla con su médico, conviene que él/ella complete esta sección. Pídale a su médico que guarde una copia de este formulario con su historial médico.

En esta fecha examiné este documento con el Principal y hablamos sobre cualquier pregunta relacionada con las consecuencias médicas probables de las elecciones de tratamiento proporcionadas anteriormente. Me comprometo a cumplir con las provisiones de esta instrucción y cumpliré con las decisiones de atención médica tomadas por el representante a menos que alguna decisión viole mi conciencia. En tal caso, divulgaré inmediatamente mi renuencia de cumplir y transferiré o trataré de transferir el cuidado del paciente a otro proveedor que esté dispuesto a actuar de acuerdo con la instrucción del representante.

Nombre del Médico (en letra de molde): \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_