Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y Directiva de Cuidado Médico

y

Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad

Preguntas más frecuentes y sus respuestas,
instrucciones, y formularios

Distribuido como un servicio público
del Colegio de Abogados de Missouri

TABLA DE CONTENIDO

Del Colegio de Abogados de Missouri a usted 1

Nota especial 1

Introducción 1

Preguntas más frecuentes sobre el Formulario de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y Directiva de Cuidado Médico 2

Instrucciones específicas para rellenar el Formulario de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y Directiva de Cuidado Médico

Instrucciones para la Parte I – Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud 4

Hoja Separable - Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y Directiva de Cuidado Médico del Colegio de Abogados de Missouri

Instrucciones para la Parte II – Directiva de Cuidado Médico 5

Instrucciones para la Parte III – Relación entre el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y la Directiva de Cuidado Médico, firma, y reconocimiento del notario 6

Instrucciones para el Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad 8

Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad 9

Este documento y todos sus formularios han sido traducidos al español para su comodidad, de la versión original en inglés. En caso de que haya confusión, contradicción, ambigüedad o malentendido de cualquier expresión, oración o palabra traducida al español, entonces, la versión en inglés prevalecerá. Por favor consulte o pida una copia de la versión en inglés para verificación si es necesario.

This document and all of its forms have been translated into Spanish for your convenience, from its original version in English. Should there be any confusion, contradiction, ambiguity or misunderstanding of any phrase, sentence or word translated into Spanish, then, the English version shall prevail. Please consult or ask for a copy of the English version for verification if necessary.

DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE MISSOURI A USTED

El formulario de decisiones sobre el cuidado de salud, el formulario de divulgación de información médica, y el folleto de instrucciones han sido desarrollados como un servicio del Colegio de Abogados de Missouri, la asociación estatal para todos los abogados. Al trabajar por el bien público, el Colegio de Abogados de Missouri se esfuerza por mejorar la ley y la administración de justicia.

NOTA ESPECIAL

Por favor, tenga en cuenta que las instrucciones y preguntas más frecuentes contenidas en el folleto, así como los formularios que usted contemple rellenar, no sustituyen el reunirse con y recibir consejos y asesoramiento de un abogado con experiencia en ayudar a clientes a rellenar estos formularios. Generalmente los abogados que trabajan con planificación patrimonial, con leyes para gente de edad avanzada, y en la práctica general con un enfoque en esas áreas pueden ayudarle con la planificación anticipada de cuidado médico. Póngase en contacto con cualquiera de ellos si tiene alguna pregunta.

INFORMACIÓN SOBRE PEDIDOS

Los formularios con información de este folleto están disponibles en el sitio web del Colegio de Abogados de Missouri en www.mobar.org y pueden rellenarse en Internet. Copias impresas adicionales de este folleto y los formularios están disponibles sin costo alguno en las cortes, bibliotecas y centros de extensión de la Universidad de Missouri. Los formularios pueden ser copiados para el uso de otras personas. El folleto y los formularios pueden pedirse del Colegio de Abogados de Missouri sin costo alguno.

Copias de este folleto pueden pedirse en Internet en www.mobar.org. Además, pueden pedirse copias al mandar un correo electrónico a brochures@mobar.org o al escribir a:

Health Care Form
The Missouri Bar
P. O. Box 119
Jefferson City, MO 65102-0119

INTRODUCCIÓN

Instrucciones específicas para rellenar el formulario separable de poder notarial duradero para el cuidado de salud y directiva de cuidado médico se encuentran en este folleto o en el sitio web del Colegio de Abogados de Missouri en www.mobar.org. El formulario normalmente se copia y se entrega a los proveedores de cuidado médico sin las instrucciones. Es previsto que las copias se acepten como los originales.

También se proveen instrucciones específicas para rellenar el formulario de divulgación de información médica localizado en este folleto o en el sitio web del Colegio de Abogados de Missouri.

Usted puede tener preguntas sobre el proceso de planificación anticipada de cuidado tanto como el uso de los formularios proporcionados en este folleto o en el sitio web. Si ése es el caso, por favor lea las "Preguntas más frecuentes" para obtener respuestas de los abogados que prepararon los formularios, o póngase en contacto con un abogado de su elección con sus preguntas.

Por favor recuerde que un formulario no siempre satisface las necesidades de cada persona o contiene los deseos de cada persona. La mayoría de la gente reconoce que puede ser inadecuado un único modelo para todos; sin embargo, se realizaron esfuerzos para preparar un formulario que cumpliera con las necesidades de muchas personas quienes pudieran rellenar estos formularios.

Si cualquier formulario no cumple con sus necesidades al especificar sus deseos, consulte con un abogado que ejerza derecho en esas áreas para asegurar que sus elecciones de cuidado y tratamiento, tanto como los que tomarán decisiones, se aborden y se cumplan debidamente.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES ("FAQs")

F.A.Q. #1: ¿Necesito un abogado para rellenar este formulario?
R. No. Si usted cree que este formulario no cumple con sus necesidades o si tiene preguntas, puede que quiera consultar con un abogado. Si tiene preguntas sobre el cuidado y tratamiento médicos, su médico, sus trabajadores sociales, los enfermeros certificados, y otros proveedores de cuidado de salud pueden servir de ayuda y contestar sus preguntas.

F.A.Q. #2: ¿Por qué tiene tres partes este formulario?
R. La Parte I es su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud. En la Parte I, usted nombra a alguien para servir como su agente y tomar decisiones de su parte si a usted le falta la capacidad para tomarlas o comunicarlas en el futuro. Usted también debe nombrar a otros alternativos en caso de que la primera persona no pueda cumplir. Por último, apunte los poderes que usted quiere que su Agente ejerza de su parte si usted no puede tomar esas decisiones. Al completarse junto con la Parte III, la Parte I puede usarse con o sin la Parte II.

La Parte II es su Directiva de Cuidado Médico. En la Parte II, usted indica sus deseos de cuidado y tratamiento referente a procedimientos que prolongan la vida si usted se encuentra en un estado persistentemente inconsciente o en la etapa final de una seria enfermedad incapacitante o terminal. Sus deseos normalmente deben ser dados antes del tiempo que pueda padecer de tales condiciones para proveer una orientación y un apoyo a su Agente si usted no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones por su cuenta. Al completarse junto con la Parte III, la Parte II puede usarse con o sin la Parte I.

La Parte III da instrucciones a su Agente sobre cómo el formulario debe usarse al tomar decisiones y también estipula que un notario lo reconozca antes de que pueda usarse. Si se rellena la Parte II, el formulario también tiene que ser atestiguado. El reconocimiento del notario tiene que realizarse para o la Parte I o la Parte II.

F.A.Q. #3: ¿Qué es un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I)?
R. El Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I) es un documento que permite que usted nombre a un agente para tomar decisiones sobre el cuidado de salud de parte de usted y seguir los deseos de usted, pero solamente cuando usted no pueda tomarlas por su cuenta. Estas decisiones no sólo incluyen abogando por cuidado y tratamiento que usted necesita, pero también pueden incluir decisiones de retirar o negar procedimientos que prolongan la vida cuando se cumplan ciertas condiciones especificadas por usted.

F.A.Q. #4: ¿Qué es una Directiva de Cuidado Médico (Parte II)?
R. La Directiva de Cuidado Médico (Parte II) es un documento que permite que usted declare con antelación los deseos que usted quiere que se cumplan referente al cuidado y tratamiento, incluyendo procedimientos que prolongan la vida cuando se satisfagan ciertas condiciones especificadas por usted. Puede servir como base para proveer una orientación y un apoyo a su Agente que toma decisiones cuando a su agente le piden los proveedores de cuidado médico que tome decisiones sobre procedimientos que prolongan la vida cuando usted no es capaz de comunicarlas.

F.A.Q. #5: ¿Necesito ambos el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud *y* la Directiva de Cuidado Médico?
R. La decisión es de usted. Si usted quiere que alguien abogue por usted referente a su futuro cuidado y tratamiento médicos, usted tiene que nombrar a un agente quien así lo puede realizar en el Poder Notarial Duradero (Parte I). Por favor haga esto (Parte I) si usted tiene en mente a quién nombrar. Si solamente quiere nombrar a una persona para tomar decisiones sin incluir una directiva para seguir al tomar decisiones, entonces rellene las Partes I y III sin la Parte II.

Si usted quiere indicar sus deseos con antelación sobre el cuidado y tratamiento, incluyendo procedimientos que prolongan la vida, necesita rellenar la Directiva de Cuidado Médico (Parte II). La Directiva de Cuidado Médico (Parte II) puede proporcionar una orientación y un apoyo a su Agente para seguir los deseos de usted. Si no quiere nombrar a un agente para tomar decisiones de su parte, entonces rellene las Partes II y III sin

la Parte I (por supuesto, asegúrese de indicar el nombre de usted y su información identificadora en la parte superior de la primera página del formulario incluso si no va a usarse la Parte I).

F.A.Q. #6: ¿Cuáles son los requisitos para que una persona sirva como mi Agente?
R. Usted puede nombrar a alguien de 18 años de edad o mayor. Un agente normalmente es un pariente cercano o un amigo a quien usted confía con su vida. El agente no puede ser su médico, o el propietario/operador o empleado de un centro de salud donde usted es paciente o residente, a menos que usted tenga vínculos familiares con esa persona.

F.A.Q. #7: ¿Puede pedir su Agente que la alimentación por tubo se niegue o se retire?
R. Sí, si usted específicamente autoriza que su Agente lo haga. El Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I) requiere que usted indique si permite que su Agente tenga o no la autoridad de negar o retirar la nutrición o hidratación artificialmente suministradas (p. ej., tubo de alimentación). Usted también puede especificar su deseo sobre la negación y el retiro de la nutrición y la hidratación artificialmente suministradas y las condiciones serias que tienen que cumplirse antes de que los procedimientos indicados que prolongan la vida en la Directiva de Cuidado Médico (Parte II) se nieguen o se retiren.

F.A.Q. #8: ¿Cuándo puede actuar mi Agente?
R. El Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I) sólo entra en vigor para tomar decisiones de cuidado de salud cuando a usted se le determine ser incapacitado y no capaz de tomar decisiones de cuidado médico. El formulario permite que usted escoja si quiere que un médico o dos determinen si usted falta la capacidad de tomar decisiones de cuidado médico. A menos que usted indique de otra manera, la ley de Missouri requiere que dos médicos lleguen a esta determinación sobre la incapacidad. Mucha gente escoge por un solo médico. Por favor considere si dos médicos estarían disponibles cuando su Agente tiene que tomar decisiones urgentes de cuidado médico de su parte. Algunos otros poderes entran en vigor inmediatamente sin una decisión de incapacidad en la Parte I, Sección 6.

F.A.Q. #9: Si ya tengo un formulario de Poder Notarial Duradero completado, ¿debo rellenar un nuevo Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte 1)?
R. Esto depende de si usted quiere actualizar y reemplazar lo que tiene con algo que es conforme con la ley actual de Missouri. Puede que su actual Poder Notarial Duradero no cubra el cuidado médico, que se haya realizado en otro estado o que no esté actualizado, o que haga falta nombrar a una persona diferente para tomar sus decisiones. Por ejemplo, el "Derecho de Sepulcro" tendrá que ser especificado en su Poder Notarial Duradero si usted quiere que su Agente se encargue de la disposición de su cuerpo después de que se muera debido a una ley recientemente promulgada.

F.A.Q. #10: Si ya tengo un testamento vital u otra directiva avanzada, ¿debo rellenar una nueva Directiva de Cuidado Médico (Parte II)?
R. Esto depende de lo que sus documentos dicen al especificar sus deseos actuales. Muchos testamentos vitales actualmente en uso se aplican solamente cuando se espera que usted muera dentro de un período de tiempo breve y no permiten la negación o el retiro de la nutrición e hidratación artificialmente suministradas. Muchas veces los testamentos vitales no nombran a agentes para seguir los deseos de usted cuando le falte la capacidad, y puede que usted quiera rellenar la Parte I para hacer eso. Algunos testamentos vitales no cubren la condición de estar en un estado persistentemente inconsciente.

F.A.Q. #11: ¿Cuál es la diferencia entre una orden de no ser resucitado fuera del hospital (OHDNR) y una directiva de cuidado médico?
R. La orden OHDNR es una orden médica bajo la ley de Missouri donde al paciente no le resucitarán si el paciente deja de respirar o el corazón del paciente se para. La orden tiene que ser firmada por un médico y el paciente (o si al paciente le falta la capacidad, el agente del paciente bajo un poder notarial duradero de cuidado de salud o el tutor legal del paciente). Una directiva de cuidado médico no es una orden médica, pero sí está firmada por el paciente para indicar los deseos del paciente sobre varios tipos de tratamiento si ciertas condiciones ocurren en el futuro. Por favor visite con su proveedor de cuidado de salud si tiene más preguntas.

F.A.Q. #12: ¿Termina con mi muerte la autoridad de mi Agente bajo mi Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud?

R. Sí, con algunas excepciones. En la Sección 6 de la Parte I del Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud, usted puede dar a su Agente los siguientes poderes especiales para que actúe de parte de usted después de su muerte: (A) escoger y controlar el entierro, la cremación, u otra disposición final de sus restos humanos (llamado el "derecho de sepulcro"); (B) consentir a una autopsia; y (C) delegar la toma de decisiones de cuidado médico a otra persona. En la Sección 6, usted también puede dar a su agente el poder de consentir a o prohibir regalos anatómicos de órganos o tejidos.

F.A.Q. #13: ¿Qué es el derecho de sepulcro? ¿Puedo nombrar a mi Agente a que tenga este derecho?
R. El derecho de sepulcro se le da a una persona para controlar su entierro, cremación, u otra disposición final de su cuerpo. Usted puede autorizar que su Agente tenga este derecho en la Sección 6, de la Parte I, el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud. Si usted no autoriza que su Agente tenga este derecho, la ley de Missouri da el derecho a su cónyuge o a otros miembros de su familia, en cierta prioridad, para tener control. Usted debe informar a su Agente sobre sus deseos para lo que quiere que pase con su cuerpo después de su muerte. Puede conseguir más información sobre el derecho de sepulcro de una funeraria.

F.A.Q. #14: Después de rellenar el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I) y/o la Directiva de Cuidado Médico (Parte II), ¿es necesario hacer algo más?
R. Usted debe hacer varias cosas después de rellenar el formulario. Primero, debe separar el formulario y dar copias de él a su Agente, su médico, y cualquier otro proveedor de cuidado de salud. Segundo, usted debe conversar sobre sus deseos con su Agente, sus médicos, y su familia y sus amigos, incluyendo el clero. Finalmente, usted debe repasar el formulario para mantenerlo al tanto y recordar a su Agente, a sus médicos y a su familia y sus amigos de sus deseos de forma periódica.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS AL RELLENAR EL FORMULARIO

Este formulario está diseñado para usted como el Poderdante para indicar sus deseos específicos. Escriba claramente su nombre completo en letras de molde en la primera línea en blanco en la parte superior de la página 1 porque usted es el Poderdante. Rellene su dirección actual, ciudad, estado, y código postal en la segunda línea en blanco en la parte superior de la página 1.

Instrucciones para la Parte I – PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD (Páginas 1-2)

Si usted escoge nombrar a un agente para tomar decisiones de cuidado de salud de su parte cuando usted se encuentre incapacitado, rellene la Parte I. Si usted escoge no nombrar a un agente, marque una "X" a través de la Parte I en las páginas 1 y 2 y pase a la Parte II para su Directiva de Cuidado Médico.

Sección 1 (Página 1). **Selección del Agente:** Por favor piense con cuidado sobre la persona que usted quiere que sirva como su Agente para tomar decisiones de cuidado de salud de su parte porque usted confiará a esa persona que tome decisiones sobre la vida de usted. En vez de nombrar al hijo mayor, usted debería considerar cómo la persona comunicaría los deseos de usted a los proveedores de cuidado médico. Usted quiere a alguien que sea decisivo, diplomático, y de fiar al seguir los deseos de usted. Su Agente tiene que mantener informada a la familia e intentar llegar al consenso con ellos sobre procedimientos que prolongan la vida cuando sea posible.

Se sugiere que sólo se nombre a un agente para servir en un momento determinado. Nombrar a más de una persona para tomar decisiones puede resultar en confusión para la familia y para los empleados de cuidado de salud y en demoras indebidas en caso de emergencia. Si más de una persona sirve a la vez, es mejor especificar que una puede actuar individualmente.

Sección 2 (Página 1). **Agentes Alternativos:** Usted debe nombrar a alternativos para actuar si su primer Agente se retira o no puede o no está disponible para actuar. Usted debe intentar escoger a alguien con calidades parecidas a ellas que buscaba en su primer Agente. Se recomiendan por lo menos dos.

PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD Y/O DIRECTIVA DE CUIDADO MÉDICO DE

(Escriba aquí en letras de molde su nombre completo) _____

(Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)_____

PARTE I. PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD

(Si usted *NO QUIERE* nombrar a alguien que sirva como su Agente para tomar decisiones, marque una "X" a través de la Parte I en las páginas 1 & 2 y pase a la Parte II.)

1. **Selección de Agente**. Yo,_____, actualmente un residente de Condado_____, Missouri, nombro a la siguiente persona como mi apoderado verdadero y legal ("Agente"):

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono(s): 1° _____ 2° _____

2. **Agente Alternativo**. Si mi Agente se retira o no puede o no está disponible para tomar decisiones de cuidado médico de mi parte, o si un Agente a quien nombré se divorcia de mí o es mi cónyuge y está legalmente separado de mí, nombro a las siguientes personas en el orden indicado abajo para servir como mi Agente alternativo y para tener los mismos poderes como mi Agente:

Primer Agente Alternativo:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono(s): 1° _____

2° _____

Segundo Agente Alternativo:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono(s): 1° _____

2° _____

3. **Durabilidad**. Este es un Poder Notarial Duradero, y la autoridad de mi Agente, cuando en vigor, no debe terminarse o anularse o ser anulable si estoy o llego a estar discapacitado o incapacitado o en el caso de incertidumbre posterior en cuanto a si estoy muerto o vivo.

4. **Fecha de vigencia respecto a la toma de decisiones para el cuidado de salud**. Este Poder Notarial Duradero está en vigor respecto a la toma de decisiones para el cuidado médico cuando yo esté incapacitado y no capaz de tomar y comunicar una decisión de cuidado médico tal como certificado por

(marque una de las siguientes cajas): □ un médico **O** □ dos médicos.

5. **Poderes del Agente**. Yo concedo a mi Agente la autoridad completa sobre la toma de decisiones de cuidado médico para:

A. Otorgar consentimiento a, prohibir, o retirar cualquier tipo de cuidado de salud, cuidado prolongado, hospicio o cuidados paliativos, cuidado médico, tratamiento, o procedimiento, o en mi residencia o en un centro fuera de mi residencia, aún si mi muerte puede resultar, incluyendo pero no limitado a, una orden de no ser resucitado fuera del hospital, con la siguiente autorización específica ***(firme con las iniciales una de las siguientes casillas con su elección):***

_____ **Iniciales** Deseo AUTORIZAR a mi Agente que dirija a un proveedor de cuidado de salud que niegue o retire la nutrición y la hidratación artificialmente suministradas (incluso alimentación por tubo de comida y agua);

_____ **Iniciales** O YO NO AUTORIZO a mi Agente que dirija a un proveedor de cuidado de salud que niegue o retire la nutrición y la hidratación artificialmente suministradas (incluso alimentación por tubo de comida y agua);

B. Hacer todos los arreglos necesarios para servicios de cuidado de salud en mi nombre y contratar y despedir a personal médico encargado con mi cuidado;

C. Trasladarme a, o de, cualquier centro de cuidado de salud o centro de vida asistida/cuidado residencial o mi hogar (aún si es en contra de la opinión médica) para obtener el cumplimiento con las decisiones de mi Agente;

D. Tomar cualquier otra acción necesaria para realizar lo que aquí autorizo, incluyendo pero no limitado a, la concesión de una exención o liberación de toda responsabilidad requerida por cualquier proveedor de cuidado de salud y el emprender acciones legales a costa de mi patrimonio para hacer cumplir este Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud;

E. Recibir información referente a mi cuidado médico, obtener copias de y repasar mis expedientes médicos, consentir a la divulgación de mis expedientes médicos, y actuar como mi "representante personal" tal como definido en las regulaciones [45 C.F.R. 164.502(g)] promulgadas de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPPA");

6. **Fecha de vigencia respecto a otra autoridad.** Además de los poderes establecidos arriba, yo autorizo como vigente a partir de mi firma y sin la necesidad de una certificación de un médico de incapacidad que mi Agente sea autorizado a tener uno o más de los siguientes poderes ***(firme con sus iniciales sus elecciones deseadas):***

_____ **Iniciales** Determinar lo que pasa con mi cuerpo después de mi muerte (autoridad de derecho de sepulcro);

_____ **Iniciales** Dar consentimiento después de mi muerte a una autopsia o examinación post-mortem de mis restos humanos;

_____ **Iniciales** Delegar el poder de tomar decisiones de cuidado médico a otra persona ("Delegado") tal como seleccionado por mi Agente, y el Delegado será identificado por escrito por mi Agente;

Con respecto a regalos anatómicos de mi cuerpo o cualquier parte (es decir, órganos o tejidos), por favor firme con sus iniciales su elección deseada abajo:

_____ **Iniciales** **AUTORIZACIÓN DE REGALOS ANATÓMICOS**. Deseo AUTORIZAR a mi Agente a realizar un regalo anatómico de mi cuerpo o parte (órgano o tejido).

Mis donaciones son para los siguientes fines: (marque uno)	ESPECIFICACIONES DE REGALOS (marque una)
☐ Trasplante ☐ Terapia ☐ Investigaciones ☐ Educación ☐ Todas las opciones arriba	Quisiera donar ☐ Cualquier órgano y tejido que se necesite, tal como permitido por la ley. ☐ Cualquier órgano y tejido que se necesite, tal como permitido por la ley, con las siguientes restricciones:

_____ **Iniciales** **PROHIBICIÓN DE REGALOS ANATÓMICOS.** Yo NO AUTORIZO a mi Agente a realizar un regalo anatómico de mi cuerpo o cualquier parte (órgano o tejido).

7. **Responsabilidad económica y compensación del Agente**. Mi Agente, actuando bajo este Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud, no incurrirá en ninguna responsabilidad económica personal. Mi Agente no tendrá ningún derecho a compensación por los servicios rendidos bajo este Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud, pero mi Agente puede tener el derecho al reembolso de todo gasto razonable incurrido como resultado de realizar cualquier disposición del presente.

PARTE II. DIRECTIVA DE CUIDADO MÉDICO

(Si usted *NO QUIERE* realizar una directiva de cuidado médico sino sólo quiere que un Agente tome decisiones de su parte sin la directiva, asegúrese de rellenar la Parte I en las páginas 1 & 2, marque una "X" a través de la Parte II en las páginas 2 y 3 y pase a la Parte III.)

1. Hago esta DIRECTIVA DE CUIDADO MÉDICO ("Directiva") para ejercer mi derecho de determinar el transcurso de mi cuidado médico y para proveer pruebas claras y convincentes de mis deseos e instrucciones sobre mi tratamiento.

2. Si estoy en un estado persistentemente inconsciente o si no hay ninguna expectativa razonable de mi recuperación de una enfermedad o condición seriamente incapacitante o terminal, dirijo que todos los procedimientos que prolongan la vida que he indicado abajo con mis iniciales sean negados o retirados.

Iniciales **nutrición e hidratación artificialmente suministradas (incluso alimentación por tubo de comida y agua)**

Iniciales **cirugía u otros procedimientos invasivos**

Iniciales **resucitación cardio-pulmonar (CPR/RCP)**

Iniciales **antibióticos**

Iniciales **diálisis**

Iniciales **ventilador mecánico (respirador)**

Iniciales **quimioterapia**

Iniciales **radioterapia**

Iniciales **otros procedimientos que yo especifico (introduzca)** _____

Iniciales **todo otro procedimiento médico o quirúrgico "que prolonga la vida" que simplemente tienen la intención de mantenerme con vida sin la esperanza razonable de mejorar mi condición o curar mi enfermedad o herida**

3. Sin embargo, si mi médico cree que cualquier procedimiento que prolonga la vida podría resultar en una recuperación que me es significativa tal como comunicado por mí o mi Agente a mi médico, entonces dirijo a mi médico que intente el tratamiento por un período de tiempo razonable. Si no causa que mi condición mejore, dirijo que el tratamiento se retire incluso aunque me abrevie la vida. También dirijo que me den tratamiento médico para aliviar el dolor o para proporcionar alivio, incluso aunque tal tratamiento me abrevie la vida, me suprima el apetito o la respiración, o pueda causar la dependencia.

4. Si ya he consentido a ser inscrito en el registro de donantes de órganos y tejidos de Missouri o mi Agente ha autorizado la donación de mis órganos o tejidos, comprendo que puede ser necesario mantener a mi cuerpo artificialmente después de mi muerte hasta que puedan ser extirpados mis órganos o tejidos.

SI TODAVÍA NO HE DESIGNADO A UN AGENTE EN EL PODER NOTARIAL DURADERO, LA PARTE II DE ESTE DOCUMENTO DEBE ESTAR EN PLENO VIGOR Y EFECTO COMO MI DIRECTIVA DE CUIDADO MÉDICO.

PARTE III. PROVISIONES GENERALES INCLUIDAS EN EL PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD Y LA DIRECTIVA DE CUIDADO MÉDICO

1. Relación entre el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y la Directiva de Cuidado Médico . Si he firmado ambos el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y la Directiva de Cuidado Médico, le animo a mi Agente a que:

A. Primero, siga mis deseos tal como expresados en la Directiva arriba o de otra manera al conocerme o al haber conversado conmigo varias veces sobre la toma de decisiones referente a procedimientos que prolongan la vida.

B. Segundo, si mi Agente no conoce mis deseos para la decisión específica a mano, pero mi Agente tiene pruebas de mis preferencias, mi Agente puede determinar la decisión que tomaría yo. Mi Agente debe tomar en cuenta mis valores, mis creencias religiosas, decisiones del pasado y declaraciones del pasado. El objetivo es escoger como escogería yo, *incluso aunque no es lo que mi Agente escogería por sí mismo o sí misma.*

C. Tercero, si mi Agente tiene poco o ningún conocimiento de las decisiones que yo tomaría, entonces mi Agente y los médicos tendrán que tomar una decisión basándose en lo que una persona razonable decidiría en la misma situación. Tengo confianza en la habilidad de mi Agente de tomar decisiones que obren en beneficio de mis intereses si mi Agente no tiene suficiente información para seguir mis preferencias.

D. Finalmente, si se determina que el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud es inválido, o si mi Agente no puede servir, es la intención que se use la Directiva de Cuidado Médico por su cuenta como instrucciones firmes a mis proveedores de cuidado médico referente a procedimientos que prolongan la vida.

2. Protección de terceros que cuentan con mi Agente. Ninguna persona que de buena fe cuenta con cualquier representación por mi Agente o Agente Alternativo será responsable a mí, a mi patrimonio, a mis herederos o sucesores, por reconocer la autoridad del Agente.

3. Revocación de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud previo o Directiva de Cuidado Médico previa. Yo revoco cualquier testamento vital, declaración o directiva de cuidado médico previos firmados por mí. Si he nombrado a un Agente en un poder notarial duradero previo, yo revoco cualquier previo poder notarial duradero para el cuidado de salud o cualquier término sobre el cuidado de salud contenido en ese otro poder notarial duradero y es mi intención que este Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (si es completado) y esta Directiva de Cuidado Médico (si es completada) reemplacen o suplanten documentos más tempranos o disposiciones de documentos más tempranos.

4. Validez. Este documento pretende ser válido en cualquier jurisdicción en la que se presente. Las disposiciones de este documento son separables, para que la invalidez de una o más disposiciones no afecte a cualquier otra. Una copia de este documento tendrá la misma validez como el original.

SI USTED HA RELLENADO EL DOCUMENTO ENTERO O SOLAMENTE LA DIRECTIVA (PARTE II), USTED TIENE QUE FIRMAR ESTE DOCUMENTO EN LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS.

EN FE DE LO CUAL, yo firmé este documento el_____(mes, día),_____(año).

_____
Firma
Nombre en letra de molde: _____

TESTIGOS: La persona que firmó este documento tiene pleno uso de sus facultades mentales y firmó este documento por voluntad propia en nuestra presencia. Cada uno de los testigos abajo firmantes tiene por lo menos dieciocho años de edad.

Firma _____
Nombre en letra de molde _____
Dirección: _____
_____

Firma _____
Nombre en letra de molde _____
Dirección: _____
_____

RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO
(Sólo se requiere si se completa la Parte I o el documento entero.)

ESTADO DE MISSOURI)
) SS
CONDADO DE_____)

En este_____día de_____(mes),_____(año), se presentó personalmente ante mí _____
_____, a mí conocido al ser la persona descrita en y la quien firmó el instrumento que antecede y reconoció que él/ella firmó el mismo como acto de su libre voluntad.

EN FE DE LO CUAL, yo he firmado el presente y he estampado el sello oficial en el Condado o Ciudad y estado anteriormente mencionados, en el día y año indicados al comienzo de este documento.

_____
_____, Notario Público
(Nombre en letra de molde)

Sección 3 (Página 1). **Durabilidad:** Ésta es la cláusula estándar requerida para que entre en vigor un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud en Missouri después de que el poderdante quede incapacitado.

Sección 4 (Página 1). **Fecha de entrada en vigor referente a decisiones de cuidado de salud**: El Agente nombrado en su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud sólo puede actuar para tomar decisiones sobre su cuidado médico después de que uno o dos médicos determinen que a usted le falta la capacidad. Por favor indique si usted quiere que uno o dos médicos determinen cuando usted esté incapacitado. Si usted no lo especifica, entonces la ley supone que usted quiere que sean dos. Por favor recuerde que en algunas partes del estado y en ciertos centros de cuidado de salud durante emergencias fuera de horario, puede ser difícil encontrar a un segundo médico para determinar la capacidad para que alguien abogue por su cuidado médico.

Sección 5 (Página 1). **Poderes del Agente**: Algunos de los poderes apuntados son auto explicativos y no requieren que usted elija de las opciones pero dan a su Agente el poder de abogar por tratamiento y cuidado para usted, además de tomar decisiones necesarias para proveer consentimiento informado para su cuidado médico. Un poder requiere que usted elige de varias opciones.

En la Subsección 5A (Página 1), por favor indique su deseo al escoger una de las dos casillas indicando si usted autoriza o no que su Agente niegue o retire la nutrición y la hidratación artificialmente suministradas.

Sección 6 (Página 2). **Fecha de vigencia respecto a otra autoridad:** Usted puede especificar ciertos poderes adicionales para su Agente tal como sigue:

- ✓ Tener el Derecho de Sepulcro para designarse "pariente más cercano" bajo la ley de Missouri para tener custodia y control para la disposición de su cuerpo.

- ✓ Consentir a una autopsia después de su muerte.

- ✓ Delegar el poder de tomar decisiones a otra persona. Esto puede ser útil si su Agente no está disponible temporalmente.

- ✓ Autorizar regalos anatómicos al poner las iniciales en la casilla sombreada con una serie de opciones manifestadas de las cuales usted puede escoger para seleccionar en adición. O usted puede prohibir los regalos anatómicos al poner sus iniciales en la segunda casilla sombreada.

Asegúrese de poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas 1, 2 y 3 del formulario.

Instrucciones para la Parte II – DIRECTIVA DE CUIDADO MÉDICO (Páginas 2-3)

Si usted elige proveer direcciones a su Agente o a sus proveedores de cuidado médico sobre los procedimientos que prolongan la vida que usted quiere o no quiere si usted está en un estado persistentemente inconsciente o con una condición de enfermedad terminal, por favor rellene la Parte II. Si usted escoge no proveer dirección a su Agente o a sus proveedores de cuidado médico, marque una "X" a través de la Parte II en las páginas 2 y 3 y pase a la Parte III para firmar su formulario.

Sección 1 (Página 2) indica su intención para que la directiva bajo la ley de Missouri provea pruebas claras y convincentes de sus deseos e instrucciones sobre tratamiento que prolonga la vida.

Sección 2 (Página 3) indica que los procedimientos que prolongan la vida deben ser negados o retirados solamente bajo dos condiciones: o usted está en un estado persistentemente inconsciente sin ninguna posibilidad razonable de recuperación médica, o si usted está en la etapa final de una condición terminal. El lugar donde se traza la línea divisora en tales casos muchas veces depende de lo que sus proveedores médicos determinan y lo que le dicen a usted. Su Agente puede encontrar a otros proveedores que tengan otras opiniones.

Se apuntan ciertos procedimientos que prolongan la vida para que usted indique si elige negarlos o retirarlos al firmar con sus iniciales en las casillas sombreadas cuando usted está en un estado persistentemente inconsciente o si usted está en la

etapa final de una condición terminal. Si usted sabe de un procedimiento que no quiere pero no está apuntado, lo puede especificar al escribir el nombre del procedimiento en el espacio en blanco provisto.

Sección 3 (Página 3) indica que si la provisión de cualquier procedimiento que prolonga la vida puede resultar en una recuperación que usted define como razonable, entonces usted quiere que se lleve a cabo ese procedimiento. Esta sección también permite que usted elija cualquiera de los procedimientos que prolongan la vida indicados con sus iniciales si la razón por la cual los realiza es para aliviar el dolor o proporcionar alivio a usted además de prolongarle la vida.

Sección 4 (Página 3) sólo se aplica si usted ha consentido a dar regalos anatómicos de sus órganos o tejidos para cumplir con su deseo de realizarlo.

Instrucciones para la Parte III - PROVISIONES GENERALES APLICABLES AL PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD Y LA DIRECTIVA DE CUIDADO MÉDICO (Páginas 3-4)

La **Parte III** tiene que rellenarse para que entren en vigor el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I) y la Directiva de Cuidado Médico (Parte II). Algunas secciones son auto explicativas y otras están comentadas abajo.

Sección 1. Relación entre el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y la Directiva de Cuidado Médico (Páginas 3-4). Si usted ha rellenado ambos el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I) y la Directiva de Cuidado Médico (Parte II) o si usted solamente ha rellenado el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I), entonces esta sección presenta los pasos que su Agente debe tomar en cuenta y debe seguir al tomar decisiones sobre procedimientos que prolongan la vida de su parte.

A. Primero, que siga los deseos de usted tal como expresados en su Directiva (si la rellenó) o de otra forma al conocer a usted o al haber conversado con usted varias veces sobre la toma de decisiones referente a procedimientos que prolongan la vida.

B. Segundo, si su Agente no conoce sus deseos para la decisión específica a mano, pero su Agente tiene pruebas de lo que usted pudiera querer, su Agente puede intentar determinar la decisión que tomaría usted. Esto se llama *juicio sustitutivo*, y requiere que su Agente se imagine a sí mismo o a sí misma en la posición de usted. Su Agente debe considerar los valores de usted, sus creencias religiosas, sus decisiones del pasado y las declaraciones del pasado que usted ha hecho. El objetivo es que su Agente escoja como probablemente escogería usted, *incluso aunque no es lo que su Agente escogería por sí mismo o sí misma.*

C. Tercero, si su Agente tiene poco o ningún conocimiento de las decisiones que usted querría, entonces su Agente y los médicos tendrán que tomar una decisión basándose en lo que una persona razonable decidiría en la misma situación. Esto se llama tomar decisiones *que obren en beneficio de sus intereses.* Usted debe tener confianza en la habilidad de su Agente de tomar decisiones que obren en beneficio de los intereses de usted si su Agente no tiene suficiente información para seguir las preferencias de usted o usar el juicio sustitutivo. Si éste es el caso, usted autoriza a su Agente a tomar decisiones que pudieran ser hasta al contrario de su Directiva al mejor juicio de él o ella.

D. Finalmente, si se determina que el poder notarial duradero es inválido, o si su Agente (o su alternativo nombrado) no puede servir, es la intención que se use la Directiva (si usted la ha completado) por su cuenta como instrucciones firmes a sus proveedores de cuidado médico referente a procedimientos que prolongan la vida.

Sección 3 (Página 4). Revocación de Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud previo o Directiva de Cuidado Médico previa. Si usted ha rellenado una o ambas Partes I y II, usted está reemplazando y suplantando cualquier poder notarial duradero con términos sobre el cuidado de salud o cualquier directiva de cuidado de salud o testamento vital anteriores. Usted debe dar copias de los formularios más recientes completados a su Agente y alternativo, a su médico y otros proveedores de cuidado médico, y a los miembros de su familia.

Sección 4. Validez (Página 4). Este documento se considerará como válido en Missouri y debe ser

reconocido en otros estados y países de manera temporal cuando usted viaja. Si usted cambia la residencia, debe rellenar el formulario que su nuevo estado de residencia reconoce. Al reconocer que los documentos tienen que ser entregados a mucha gente, incluyendo a proveedores de cuidado médico, las copias se consideran tan válidas como el original.

Firma (Página 4). Usted tiene que firmar el formulario en la presencia de dos testigos si rellena la Parte II y un notario público si rellena la Parte I (o ambas, Parte I y Parte II).

Testigos (Página 4). Ya que Missouri requiere pruebas claras y convincentes de los deseos expresados en la Directiva de Cuidado Médico (Parte II), se requieren dos testigos. Por lo tanto, se requieren testigos si se completan ambos el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I) y la Directiva de Cuidado Médico (Parte II) o si solamente se completa la Directiva de Cuidado Médico (Parte II). Se sugiere que los testigos no sean familiares suyos y que tengan un mínimo de 18 años de edad.

RECONOCIMIENTO DEL NOTARIO (Página 4). El reconocimiento del notario es requerido por la ley de Missouri si usted nombra a un agente y rellena un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud (Parte I), o si usted rellena ambas, Parte I y Parte III.

INSTRUCCIONES FINALES

Después de rellenar el formulario e indicar sus deseos, usted debe hacer lo siguiente:

- ☞ Hacer copias del formulario para su Agente y cualquier alternativo, su médico (llévelas a las siguientes citas), y sus proveedores de cuidado médico cuando usted sea ingresado (por ejemplo, a hospitales, clínicas, residencias de ancianos, centros de vida asistida, proveedores de hospicio y cuidados paliativos, agencias de atención de salud a domicilio). A usted le preguntarán por ellas siempre que sea ingresado, y usted debe darles nuevas copias cada vez que cambia su formulario.

- ☞ Conversar, conversar, conversar con su familia, su Agente, sus médicos, y sus proveedores de cuidado médico sobre sus elecciones, deseos, y puntos de vista sobre condiciones médicas, los tratamientos que usted prefiere, el cuidado o tratamiento que usted quiere evitar, y las elecciones que usted querría que se realizaran si se proponen procedimientos que prolongan la vida para usted cuando usted está en un estado persistentemente inconsciente o si usted está en la etapa final de una seria condición o enfermedad incapacitante o terminal.

- ☞ Si usted tiene deseos que quiere que se sigan no sólo sobre procedimientos que prolongan la vida sino también sobre otras consideraciones al final de su vida, por favor converse sobre lo que usted quiere con su familia, sus médicos, el clero, y sus agentes. Usted puede obtener ayuda con tal planificación de abogados quienes pueden ayudarle a aclarar sus deseos por escrito.

- ☞ Después de que haya rellenado el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud y lo haya entregado a su agente, debe decirle a su agente que usted tomará sus propias decisiones hasta que esté certificado como incapacitado. Después de que le hayan certificado como incapacitado, dígale a su agente que a él o a ella le pedirán que tome cualquier decisión sobre tratamiento para usted. Cuando su agente firme su formulario de consentimiento y otros formularios para cumplir con sus deseos, usted debe decirle a su agente que firme primero el nombre de usted y que firme su nombre después para indicar que su agente firma de parte de usted utilizando su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud. Por ejemplo, su agente firmaría "John H. Doe, por Sally I. Smith, POA."

Instrucciones para el Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad

Usted tiene el derecho de mantener confidencial su información médica. El Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad debe completarse si usted quiere que una persona que no sea usted tenga acceso a sus expedientes e información médicos. Este formulario da a sus proveedores de cuidado de salud la autorización por escrito para divulgar su información médica a las personas a quienes usted ha nombrado.

Ya que un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud solamente entra en vigor después de que usted haya perdido la capacidad de tomar o comunicar decisiones y no autoriza la divulgación de información médica a la persona nombrada mientras que usted todavía tiene pleno uso de sus facultades mentales, entonces es necesario rellenar y firmar el Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad.

Usted puede completar un Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad si tiene o no tiene un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud. Este Formulario HIPPA de Autorización en este folleto debe usarse junto con el Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud.

En la **Sección 1**, introduzca el nombre de su Agente nombrado en su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud.

En la **Sección 2(a)**, indique el período de tiempo cubierto por la autorización, o con las fechas específicas o al marcar la casilla que permite la divulgación de información médica para todo período del pasado, presente y futuro.

En la **Sección 2(b)**, marque la casilla si quiere incluir todos sus expedientes médicos.

En la **Sección 3(a)**, marque la casilla para indicar si quiere que su historial médico completo, lo cual incluye expedientes relacionados con la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y el tratamiento del alcoholismo o el abuso de drogas, sea divulgado.

En la **Sección 3(b)**, marque la casilla para indicar cuáles expedientes usted quiere excluir, si es que quiere que se excluya alguno. Por favor tome en cuenta que si no quiere autorizar la divulgación de todo su historial médico, usted tiene que indicar con una señal cuáles expedientes quiere que sean excluidos.

En la **Sección 4** introduzca el nombre de la persona o las personas y su relación con usted a quienes usted da permiso para recibir su información médica además del Agente nombrado en su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud. Muchas veces la gente quiere que otros miembros de la familia o amigos se enteren de cómo se encuentra usted además de su Agente. Es recomendable que usted nombre los Agentes Alternativos de su Poder Notarial Duradero para el Cuidado de Salud.

En la **Sección 6** rellene la fecha si usted quiere que esta autorización se venza; de lo contrario, la autorización permanecerá vigente hasta nueve (9) meses después de su muerte.

Por favor lea las **Secciones 5, 7, 8 y 9** antes de firmar su nombre y poner la fecha en el formulario.

Después de que haya completado el Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad, sepárelo, haga copias y dé copias a sus proveedores de cuidado de salud.

Formulario HIPPA de Autorización de Confidencialidad

Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida
(Requerido por a Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ----- 45 CFR Partes 160 y 164)

1. Por la presente yo autorizo que toda fuente de servicio médico y todo proveedor de cuidado médico utilice y/o divulgue la información médica protegida ("PHI") descrita abajo a mi agente identificado en mi poder notarial duradero para el cuidado de salud con el nombre_____.

2. Autorización para la divulgación de PHI que abarca el período de cuidado médico (marque uno)
   a. ☐ de (fecha)_____- a (fecha)_____O
   b. ☐ todo período del pasado, presente y futuro.

3. Por la presente yo autorizo la divulgación de PHI según indicado (marque uno):
   a. ☐ mi historial médico completo (incluyendo expedientes relacionados con la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y el tratamiento del abuso de alcohol/drogas). O
   b. ☐ mi historial médico completo *con la excepción de la siguiente información* (marque según sea apropiado):
      ☐ Expedientes de salud mental
      ☐ Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)
      ☐ Tratamiento por el abuso de alcohol/drogas
      ☐ Otro (por favor especifique):_____.

4. Además de la autorización para la divulgación de mi PHI descrita en los párrafos 3 a y 3 b de esta Autorización, yo autorizo la divulgación de información relacionada con mi facturación, condición, tratamiento y pronóstico a el/los siguiente(s) individual(es):

Nombre_____Relación _____

Nombre_____Relación _____

Nombre_____Relación _____

5. Esta información médica puede ser utilizada por las personas a quienes yo autorizo para recibir esta información para el tratamiento médico o la consulta médica, la facturación o reclamación de pagos, u otros propósitos tal como yo pueda mandar.

6. Esta autorización será en plena vigencia y efecto hasta nueve (9) meses después de mi muerte o _____, (fecha o evento) momento en que esta autorización se vence.

7. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no está en vigor en la medida que cualquier persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización o si mi autorización fue obtenida como una condición de obtener cobertura de un seguro y el asegurador tiene un derecho legal de disputar una reclamación.

8. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios no estará condicionado a que si firmo esta autorización.

9. Entiendo que esta información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinario y puede que no tenga ya la protección de la ley federal o estatal.

_____ Fecha: _____
Firma del paciente

Separe, mantenga el original, y dé copias a su proveedor de cuidado de salud, su agente y los miembros de su familia

INFORMACIÓN SOBRE PEDIDOS

Los formularios con información de este folleto están disponibles en el sitio web del Colegio de Abogados de Missouri en www.mobar.org y pueden rellenarse en Internet. Copias impresas adicionales de este folleto y los formularios están disponibles sin costo alguno en las cortes, bibliotecas y centros de extensión de la Universidad de Missouri. Los formularios pueden ser copiados para el uso de otras personas. El folleto y los formularios pueden pedirse del Colegio de Abogados de Missouri sin costo alguno.

Copias de este folleto pueden pedirse en Internet en www.mobar.org. Además, pueden pedirse copias al mandar un correo electrónico a brochures@mobar.org o al escribir a:

Health Care Form
The Missouri Bar
P. O. Box 119
Jefferson City, MO 65102-0119