

# PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CAROLINA DEL SUR

## INFORMACIÓN SOBRE EL PRESENTE DOCUMENTO

El presente es un documento legal importante. Antes de firmarlo, debe apreciar los datos importantes que se presentan a continuación:

1. El presente documento otorga la facultad para tomar decisiones sobre su atención médica a la persona que usted nombra como representante si usted no lo pueda hacer por sí mismo/a. Dicha facultad incluye la de tomar decisiones sobre el tratamiento de soporte vital. A menos que se estipule lo contrario, la autoridad de su representante para tomar decisiones acerca de su atención médica será igual a la que tendría usted.
2. Esta facultad está sujeta a cualquier limitación o declaración de voluntad que usted incluya en el presente documento. Puede indicar los tratamientos que no quiere así como los que quiera asegurarse de recibir. Su representante estará obligado a tomar decisiones que cumplen con sus instrucciones. Usted puede agregar páginas adicionales al documento si el espacio provisto es insuficiente para completar su declaración.
3. DESPUÉS de firmarlo, usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica mientras tenga el uso de sus facultades mentales. No se podrá anteponerse a su objeción de recibir o detener un tratamiento mientras tenga sus facultades mentales.
4. USTED tiene el derecho de revocar este documento y poner fin a la autoridad de su representante. Puede hacerlo notificándolo a su representante o a su proveedor de atención médica.
5. Si hay partes del presente documento que usted no comprende, debe pedirle a un abogado, una trabajadora social u otra persona que se lo explique.
6. El presente poder notarial no tendrá validez a menos que dos personas firmen como testigos. Ambas deben o presenciar el momento en que firma el Poder Notarial o presenciar su reconocimiento de que la firma en el Poder Notarial es suya.

No se permite que las siguientes personas firmen como testigos:

- A. Su cónyuge, sus hijos, sus nietos y otros descendientes lineales; sus padres, abuelos y otros ancestros lineales; sus hermanos y sus respectivos descendientes lineales; o el cónyuge de cualquiera de estas personas.
  - B. La persona que tiene responsabilidad económica directa de su cuidado médico.
  - C. La persona nombrada en su testamento; o si usted no tiene un testamento, aquella que heredaría sus bienes por sucesión intestada.
  - D. El beneficiario de su póliza de seguro de vida.
  - E. La persona nombrada en el poder notarial para la atención médica como su representante o representante sucesor.
  - F. Su médico o un miembro del personal de su médico.
  - G. Cualquier persona que podría reclamar una parte de su patrimonio (personas a las que usted les debe dinero). Si usted está internado/a, un solo empleado de las instalaciones sanitarias puede ser testigo.
7. Personas menores de edad. El representante debe tener 18 años de edad o más y estar en su sano juicio. No puede ser su doctor ni ningún otro proveedor médico bajo cuyo cuidado esté actualmente. Tampoco puede ser un miembro del personal del doctor o proveedor médico, a menos que esa persona sea pariente suyo.
  8. Usted debe decirle a la persona que quiere designarla como su representante de atención médica. Usted debe hablar con su representante y su médico sobre el presente documento y proporcionarles una copia firmada a cada uno. Asimismo se debe mantener una copia en su expediente médico si usted está hospitalizado o se encuentra en una residencia de ancianos.

# PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CAROLINA DEL SUR

## 1. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, designo por este medio a:  
(Poderdante)

(Nombre del Representante) \_\_\_\_\_

(Dirección del Representante) \_\_\_\_\_

Teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ móvil: \_\_\_\_\_

como mi representante para tomar decisiones sobre mi atención médica tal como indicado en el presente documento.

**Representante sucesor:** Si uno de los representantes que he nombrado se muere, llega a estar legalmente incapacitado, renuncia, se rehúsa a tomar acción, no está disponible, o si mi representante es mi cónyuge y se divorcia o se separa de mí, nombro a las siguientes personas como sucesores de mi representante, cada uno para tomar decisiones de forma independiente y sucesivamente en el orden nombrado:

a. Primer suplente del representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

b. Segundo suplente del representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: casa: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

**Indisponibilidad del(de los) representante(s):** Si en algún momento pertinente el representante o sucesores nombrados en el presente documento no están disponibles o dispuestos a tomar decisiones relacionadas con mi atención médica, y las debe tomar un tutor, el Tribunal de Sucesiones o un sustituto en conformidad con la Ley de Consentimiento de Atención Médica para Adultos, es mi intención que el tutor, el sustituto, o el Tribunal de Sucesiones tome esas decisiones respetando las instrucciones indicadas en el presente documento.

## 2. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA Y PERDURABILIDAD

Por medio del presente, tengo la intención de establecer un poder notarial permanente, para hacerse vigente al surgir y solo mientras perdure un periodo de incapacidad mental, con la excepción de lo indicado a continuación en el párrafo 3.

## 3. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA BAJO LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)

Al considerar o tomar decisiones sobre mi atención médica, se divulgará toda la información de salud y registros médicos identificables sin restricción, a mi(s) representante(s) de atención médica y/o mi(s) representante(s) suplente(s) mencionado(s) anteriormente, incluyendo pero sin limitarse a, (i) información diagnóstica, sobre tratamiento, otros servicios de salud y los correspondientes registros financieros y de seguro médico, y la información asociada con cualquier afección de salud física o mental pasada, presente o futura, incluida entre otras, el diagnóstico o el tratamiento del VIH/SIDA, de enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, y/o abuso de drogas o alcohol y (ii) cualquier opinión escrita relacionada a mi salud que dicho(s) representante(s) o representante(s) suplente(s) pueda(n) haber solicitado.

Sin limitar la generalidad de lo antes mencionado, esta autorización para la divulgación se aplica a toda la información de salud y registros médicos regulados por la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164; es vigente independientemente de si esté o no esté mentalmente competente; no tiene fecha de vencimiento; y debe darse por terminada solamente en caso de que yo revoque la autorización por escrito y la entregue a mi proveedor de atención médica.

# PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CAROLINA DEL SUR

## 4. FACULTADES DEL REPRESENTANTE

Le concedo a mi representante la autoridad total para tomar decisiones sobre mi atención médica. En el ejercicio de dicha autoridad, mi representante debe respetar mis deseos tal como indicado en el presente documento, o como por otro medio yo indique o mi representante tenga conocimiento. Al tomar cualquier decisión, si soy capaz de comunicarme de alguna manera mi representante intentará hablar conmigo sobre cualquier decisión propuesta para constatar que ese sea mi deseo. Si mi representante no puede determinar la elección que yo tomaría, entonces mi representante debe tomar una decisión por mí, teniendo en cuenta lo que considere mejor para mí. La autoridad de mi representante para interpretar mis deseos tiene el propósito de ser lo más amplia posible a excepción de cualquier limitación que pueda indicar a continuación.

Por consiguiente, a menos que las disposiciones especificadas a continuación imponen limitaciones específicas, mi agente tiene las siguientes autorizaciones:

A. Consentir, rechazar o retirar el consentimiento a toda clase de atención médica, tratamientos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos diagnósticos, medicamentos, y el uso de procedimientos mecánicos o de otro tipo que afecten cualquier función corporal, incluyendo, pero sin limitarse a la respiración artificial, el soporte nutricional y de hidratación, y reanimación cardiopulmonar;

B. Autorizar o negarse a autorizar cualquier medicamento o procedimiento destinado a aliviar el dolor, aunque dicho uso pueda causar daños físicos, adicción o acelerar la aproximación de mi muerte, pero sin causarla intencionalmente;

C. Autorizar mi ingreso a o alta de cualquier hospital, centro de atención médica o instalaciones o servicios parecidos aunque sea en contra del criterio médico;

D. Tomar cualquier otra acción necesaria para la elaboración, documentación, y garantía del cumplimiento con las decisiones relativas a mi atención médica, incluyendo, pero no limitándose a, el conceder cualquier renuncia o exención de responsabilidad requerida por cualquier hospital, médico, enfermero especializado u otro proveedor de atención médica, firmar cualquier documento relativo a la negación de recibir un tratamiento o el abandonar una instalación sanitaria en contra del criterio médico, y llevar a cabo cualquier acción legal a mi nombre, y a expensas de mi patrimonio para obligar el cumplimiento con mis deseos según lo determine mi representante, o para reclamar daños reales o punitivos por el incumplimiento con ellos.

E. Las facultades otorgadas anteriormente no incluyen las siguientes facultades o están sujetas a las siguientes reglas o limitaciones:

---

---

---

---

---

---

## 5. DONACIÓN DE ÓRGANOS (ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA SOLA OPCIÓN)

Mi representante puede \_\_\_; no puede \_\_\_ autorizar la donación de cualquier o todos mis tejidos u órganos con fines de trasplante.

## 6. EFECTO SOBRE LA DECLARACIÓN DEL DESEO DE UNA MUERTE NATURAL (TESTAMENTO VITAL)

Entiendo que si tengo una declaración válida para el deseo de una muerte natural, las instrucciones de dicha declaración serán vigentes en cualquier situación en la que sean aplicables. Mi representante tendrá la autoridad para tomar decisiones relativas a mi atención médica solo en las situaciones en las que la declaración no se aplica.

# PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CAROLINA DEL SUR

## 7. DECLARACIÓN DE DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

Con respecto a cualquier tratamiento de soporte vital, ordeno lo siguiente:

(ESCRIBA SUS INICIALES EN SOLO UNO DE LOS SIGUIENTES 3 PÁRRAFOS)

(1) \_\_\_\_ FACULTAD DISCRECIONAL DEL REPRESENTANTE. No quiero que mi vida sea prolongada ni quiero que se me proporcione o se continúe proporcionando un tratamiento de soporte vital si mi representante considera que las desventajas del tratamiento superan los beneficios esperados. Al tomar decisiones respecto a un tratamiento de soporte vital, deseo que mi representante considere el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, los gastos derivados y la calidad, así como la posible prolongación, de mi vida.

**O**

(2) \_\_\_\_ INSTRUCCIONES DE RETENER O RETIRAR TRATAMIENTO. No quiero que mi vida sea prolongada ni quiero que se me proporcione tratamiento de soporte vital:

a. si padezco de una enfermedad incurable o irreversible, prevista por resultar en la muerte relativamente pronto sin la administración de procedimientos de soporte vital;

**O**

b. Si me encuentro en un estado de inconsciencia permanente.

**O**

(3) \_\_\_\_ INSTRUCCIONES DE PROPORCIONAR EL TRATAMIENTO MÁXIMO. Yo quiero que mi vida se prolongue en la mayor medida posible, dentro de las normas aceptadas en el ejercicio de la medicina, independientemente de mi cuadro clínico, las posibilidades de recuperación o el costo de los procedimientos.

## 8. DECLARACIÓN DE DESEOS CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN POR SONDA

Con respecto a la nutrición e hidratación por medio de una sonda nasogástrica o una sonda en el estómago, intestinos o venas, deseo establecer que en situaciones en las que el tratamiento para mantener la vida se retiene o retira de acuerdo con el punto 7 (ESCRIBA SUS INICIALES EN SÓLO UNO DE LOS SIGUIENTES TRES PÁRRAFOS):

(a) \_\_\_\_ FACULTAD DISCRECIONAL DEL REPRESENTANTE. Si mi representante considera que las desventajas de la alimentación por sonda superan los beneficios previstos, no deseo que mi vida sea prolongada por medio de ella. Yo quiero que mi representante considere el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, el gasto derivado y la calidad, así como la posible extensión de mi vida, en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento para mantener la vida.

**O**

(b) \_\_\_\_ INSTRUCCIONES DE RETENER O RETIRAR LA ALIMENTACIÓN POR SONDA. Yo no quiero que mi vida sea prolongada por medio de la alimentación por sonda.

**O**

(c) \_\_\_\_ INSTRUCCIONES PARA EL SUMINISTRO DE LA ALIMENTACIÓN POR SONDA. Yo quiero que la alimentación por sonda sea proporcionada de acuerdo a las normas aceptadas en el ejercicio de la medicina, independientemente de mi cuadro clínico, las posibilidades de recuperación o el costo del procedimiento, y sin tener en cuenta si otras formas de tratamiento para mantener la vida se retienen o se retiran.

**SI USTED NO CONSIGNA SUS INICIALES EN NINGUNA DE LAS DECLARACIONES DEL PUNTO 8, SU REPRESENTANTE NO TENDRÁ LA AUTORIDAD PARA ORDENAR QUE SE RETIREN LAS SONDAS DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN NECESARIAS PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS O EL ALIVIO DEL DOLOR.**

## 9. DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS

A. Yo revoco cualquier poder notarial para la atención médica anterior y cualquier disposición relacionada con la atención médica de cualquier otro poder notarial anterior.

B. El presente poder notarial está previsto a tener validez en cualquier jurisdicción donde sea presentado.

# PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CAROLINA DEL SUR

**AL FIRMAR AQUÍ, YO INDICO QUE ENTIENDO EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO Y EL EFECTO DE LA CONCESIÓN DE FACULTADES A MI REPRESENTANTE.**

Firmo mi nombre en el presente Poder Notarial para la Atención Médica el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20 \_\_\_\_\_.

Mi dirección actual es \_\_\_\_\_

Firma del poderdante: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del poderdante: \_\_\_\_\_

Declaro conforme al saber y entender, que conozco personalmente a quien firmó o reconoció el presente documento (el poderdante), que firmó o reconoció el presente Poder Notarial para la Atención Médica en mi presencia, y que parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y sin ninguna coacción, fraude o influencia indebida. El poderdante y yo no somos parientes consanguíneos, ni somos emparentados por casamiento o adopción, sea como cónyuge, antepasado lineal, descendiente de los padres del poderdante o cónyuge de ninguno de ellos. Yo no tengo responsabilidad directa de los asuntos financieros de la atención médica del poderdante. Yo no tengo derecho a ninguna porción de la herencia del poderdante tras su fallecimiento, ya sea a través de un testamento o como heredero por sucesión intestada, ni soy el beneficiario de ninguna póliza de seguro de vida del poderdante, ni tengo un reclamo contra el patrimonio del poderdante en este momento. No soy el médico a cargo del poderdante ni un empleado del mismo. Solo uno de los testigos es empleado de las instalaciones sanitarias donde el poderdante es paciente. No estoy designado como Representante para la Atención Médica o el Representante de la Atención Médica Sucesor mediante el presente documento.

## Testigo No. 1

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Testigo No. 2

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Esta porción del documento es opcional y no se requiere para hacer un poder notarial para la atención médica válido)

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR, CONDADO DE \_\_\_\_\_

El documento anterior fue reconocido ante mí por el poderdante el \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_.

Notario Público de Carolina del Sur \_\_\_\_\_

Mi nombramiento vence el: \_\_\_\_\_