

# Testamento Vital y Carta Poder Permanente para Atención Médica de Idaho *para*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Testamento vital

### *Instrucción para suspender o proporcionar tratamiento*

Consciente y voluntariamente expreso mis deseos relacionados con mi atención médica al final de mi vida, específicamente la opción de prolongar mi vida artificialmente bajo las circunstancias mencionadas a continuación. Esta Instrucción sólo entra en vigor si yo no tengo la capacidad de comunicar mis instrucciones y:

- a.) Tengo una lesión, enfermedad o condición incurable o irreversible y un (1) médico me ha examinado y certificado que:
1. Mi lesión, enfermedad o condición es terminal; y
  2. La aplicación de procedimientos de soporte vital artificiales sólo servirían para prolongar mi vida artificialmente; y
  3. Mi muerte es inminente, se utilicen o no procedimientos de soporte vital artificiales; o
- b.) Se me ha diagnosticado un estado vegetativo persistente.

En dicho caso, doy la instrucción de que se cumpla con la siguiente expresión explícita de mi intención y que reciba el tratamiento o la atención médica requerida para evitarme dolor o sufrimiento.

**Marque el cuadro de una sola de las siguientes tres opciones y ponga sus iniciales en la línea enseguida del cuadro**

### Opción 1:

⇒ \_\_\_\_\_ **Todo tratamiento, nutrición e hidratación artificial:** Doy la instrucción de que se me proporcione todo tratamiento médico, atención y procedimientos necesarios para mantenerme con vida. No se me deberá retirar o suspender la nutrición e hidratación, ya sea artificial o no artificial, si probablemente muriera principalmente por desnutrición o deshidratación y no a causa de mi lesión, enfermedad o condición.

### U Opción 2:

⇒ \_\_\_\_\_ **Nutrición e/o hidratación:** Doy la instrucción de que se me suspenda o retira todo tratamiento médico, atención y procedimientos, incluyendo los procedimientos de soporte vital artificiales, ***EXCEPTO*** la nutrición artificial y la hidratación artificial. Si sólo prefiere recibir una y no la otra, marque abajo un cuadro y ponga sus iniciales en la línea enseguida del cuadro. (Si no marca ni pone sus iniciales en ninguno de los siguientes cuadros, entonces se le administrarán nutrición artificial e hidratación artificial.

- A. ⇒ \_\_\_\_\_ **Sólo** se administrará **hidratación artificial** de cualquier naturaleza;
- B. ⇒ \_\_\_\_\_ **Sólo** se administrará **nutrición artificial** de cualquier naturaleza.

### U Opción 3:

⇒ \_\_\_\_\_ **Cuidados paliativos:** Doy la instrucción de que se me suspenda o retire todo tratamiento médico, atención o procedimientos, incluso la suspensión o el retiro de la nutrición e hidratación artificiales. Doy la instrucción de que se me ofrezca nutrición e hidratación mientras lo desee y pueda tomar líquidos, trocitos de hielo y/o alimentos por la boca. Doy la instrucción de que se me proporcione el tratamiento o la atención requerida para evitarme dolor o sufrimiento.

- Esta Instrucción será la expresión final de mi derecho legal de rechazar o aceptar tratamiento médico y quirúrgico y aceptar las consecuencias de dicho rechazo o aceptación.
- Si mi diagnóstico es que estoy embarazada, esta Instrucción no tendrá validez durante mi embarazo.
- Entiendo la importancia absoluta de esta Instrucción y estoy mentalmente para dar esta Instrucción.
- Ningún participante que prepare esta Instrucción o que la haga cumplir deberá ser responsabilizado de manera alguna por cumplir con mis instrucciones.

**Marque los siguientes enunciados:**

He \_\_\_\_\_ No he \_\_\_\_\_ discutido estas decisiones con mi médico.  
 He \_\_\_\_\_ No he \_\_\_\_\_ completado un formulario de **Órdenes del médico para el alcance de tratamiento (POST)**.  
 Si y cuando mi médico firme un formulario POST, este testamento vital será considerado como modificado a fin de que sea compatible con los términos del formulario POST.

**CARTA PODER PERMANENTE PARA ATENCIÓN MÉDICA (REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA)**

**1. ELABORACIÓN DE LA CARTA PODER PERMANENTE PARA ATENCIÓN MÉDICA.** Mi intención en esta sección de la Instrucción es elaborar una Carta Poder Permanente para Atención Médica (también conocida como representante de atención médica). Esta carta poder no se deberá ver afectada por mi incapacidad subsecuente. Esta carta poder sólo será válida cuando no pueda comunicarme racionalmente.

**2. DESIGNACIÓN DE LA CARTA PODER PERMANENTE PARA ATENCIÓN MÉDICA (REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA).** *Ninguno de los siguientes será asignado como su representante: 1) su proveedor de atención médica tratante; 2) un empleado no relacionado con su proveedor de atención médica tratante; 3) un operador de un centro de atención comunitario; o 4) un empleado no relacionado de un operador de un centro de atención comunitario. Si el representante o un representante alterno designado en esta Instrucción es su cónyuge y se disolvió su matrimonio, se revocará por consiguiente la designación.*

Por medio de la presente designo y asigno al siguiente individuo como mi apoderado (representante) a fin de que tome las decisiones de atención médica por mí según lo autorizado en esta Instrucción. *Para efectos de esta Instrucción, “decisión de atención médica” significa consentimiento, rechazo de consentimiento o retiro de consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la condición física de un individuo (Insertar nombre, dirección y número telefónico de un individuo sólo como su representante para tomar las decisiones de atención médica por usted.)*

**Representante de atención médica**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

**3. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES ALTERNO.** *Es posible que designe representantes alternos, mas no se requiere. Cualquier representante alterno que designe podrá tomar las mismas decisiones de atención médica que el representante que designó en el párrafo dos (2) arriba mencionado, en caso de que el representante no pueda o no cumpla con los requisitos para actuar como su representante. Si designa como representante alterno a su cónyuge y más adelante se disuelve su matrimonio, no tendrá derecho a actuar como su representante.*

Si la persona designada como mi representante en el párrafo dos (2) no está disponible o pierde el derecho de representarme para tomar por mí una decisión de atención médica o pierde la capacidad mental de tomar por mí decisiones de atención médica o si revoco la asignación o autoridad de esa persona de actuar como mi representante para tomar por mí decisiones de atención médica, entonces designo y nombro a las siguientes personas para que sean mis representantes y tomen por mí decisiones de atención médica conforme a mi autorización en esta Instrucción. Dichas personas me representarán en el orden indicado a continuación.

A. Primer representante alterno de atención médica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

B. Segundo representante alterno de atención médica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

C. Tercer representante alterno de atención médica

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

**4. DECLARACIÓN GENERAL DE AUTORIDAD OTORGADA.** Por medio de la presente otorgo a mi representante amplio poder y autoridad para que tome por mí decisiones de atención médica en la misma medida que yo pudiera tomar dichas decisiones que concuerden con mis deseos según lo establecido en esta Instrucción o de lo contrario que se hayan hecho del conocimiento de mi representante que incluyen mas no se limitan a mis deseos de obtener o rechazar o retirar los cuidados de soporte vital artificial, tratamiento, servicios y procedimientos, incluyendo los deseos establecidos en un testamento vital, POST o documento semejante, si lo hubiere, que yo haya ejecutado.

Si desea limitar la autoridad de su representante para que tome por usted decisiones de atención médica, puede establecer las limitaciones en el párrafo cinco (5), de la Declaración de deseos, disposiciones especiales y limitaciones.

**5. DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES.** *Su representante debe tomar decisiones de atención médica que concuerden con sus deseos manifiestos. Usted puede, mas no se requiere, establecer sus deseos en el espacio proporcionado a continuación. Debe tomar en consideración si quiere incluir una declaración de sus deseos sobre:*

- *La atención de soporte vital artificial, tratamiento, servicios y procedimientos y*
- *otros aspectos relacionados con su atención médica, incluyendo una lista de una o muchas personas a quien usted designe con capacidad de recibir información médica acerca de usted y/o se le permita que le visite en una institución médica.*
- *Asimismo puede manifestar a su representante sus deseos durante una discusión con su representante de atención médica de lo que usted desea o a través de otros medios.*
- *Si hay algún tipo de tratamiento que no quiere que se utilice, lo debe establecer en el espacio a continuación. Si quiere limitar de algún otro modo la autoridad otorgada a su representante mediante esta Instrucción, debe establecer los límites en el siguiente espacio.*
- *Si no establece ningún límite, su representante tendrá amplio poder para tomar por usted decisiones de atención médica excepto en la medida de los límites incluidos por ley.*

Al ejercer mi autoridad según esta Carta Poder Permanente para Atención Médica, mi representante deberá actuar acorde a mis deseos establecidos a continuación y está sujeto a disposiciones especiales y limitaciones según lo establecido en un

*Continuación*

testamento vital o documento semejante, si lo hubiere, que yo haya ejecutado. Declaración adicional de deseos, disposiciones especiales y limitaciones:

---

---

---

**6. INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL.**

A. Otorgamiento general de poder y autoridad. Sujeto a las limitaciones de esta Instrucción, mi representante tiene el poder y la autoridad de realizar todo lo siguiente: 1) Solicitar, revisar y recibir información, verbal o escrita, respecto a mi salud física o mental que incluye mas no se limita a registros médicos y de hospital; 2) llenar a mi nombre cualquier entrega u otros documentos que se requieran para obtener la información; 3) Dar su consentimiento a la divulgación de esta información y; 4) Dar su consentimiento a la donación de cualquiera de mis órganos para propósitos médicos. *Si quiere limitar la autoridad de su representante para recibir o divulgar información relacionada con su salud, debe establecer las limitaciones en el párrafo cinco (5) arriba.*

B. Autoridad de entrega de HIPAA. Mi representante deberá ser tratado como si fuese yo con respecto a mis derechos sobre el uso y divulgación de la información de salud u otros registros médicos que me identifiquen individualmente. Esta autoridad de entrega de información se refiere a cualquier información regida por la Ley de Contratación y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*). Autorizo a cualquier médico, profesional de atención médica, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidados de la salud cubierto, cualquier compañía de seguros y Medical Information Bureau, Inc. u otro centro de distribución de información de atención médica o servicios que me haya proporcionado tratamiento o servicios o que haya pagado o que busque que yo pague por dichos servicios, dar, divulgar o entregar a mi representante, sin restricción alguna, toda la información de salud u otros registros médicos que me identifiquen individualmente respecto a cualquier condición de salud mental o médica pasada, presente o futura, incluyendo la información relacionada con el diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual y consumo de alcohol o drogas. La autoridad otorgada ami representante deberá sustituir a cualquier otro acuerdo que yo hubiese hecho con mis proveedores de atención médica de limitar el acceso o divulgar la información de salud que me identifique individualmente. La autoridad otorgada a mi representante no tiene fecha de vencimiento y vencerá sólo en caso de que yo revoque por escrito la autoridad y lo entregue a mi prestador de atención médica.

**7. FIRMA DE DOCUMENTOS, RENUNCIAS Y EXENCIONES.** De ser necesario implementar las decisiones de atención a las que tiene autorización de tomar mi representante en esta Instrucción, mi representante tiene el poder y autoridad de ejecutar a mi nombre todos los siguientes: a) Documentos titulados o que impliquen ser un “Rechazo de permiso al tratamiento” y/o “Abandono del hospital en contra de la recomendación médica”; y b) cualquier renuncia o exención de responsabilidad necesaria que requiera un hospital o médico.

**8. DESIGNACIONES ANTERIORES REVOCADAS** Revoco mi Carta Poder Permanente para Atención Médica anterior. Es mi deseo que este documento, debidamente ejecutado en Idaho, deba ser prueba de que se cumple con las disposiciones de cualquier otra Ley semejante en cualquier otro Estado y del cual puede confiar, de buena fe, un prestador de atención médica o centro de atención médica en Idaho así como en cualquier otro estado.

Firmo con mi nombre este Formulario Estatutario de Testamento Vital y Carta Poder Permanente para Atención Médica en la fecha establecida a continuación  
(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_.

---

**FIRMA**

---

**FECHA**