

DIRECTIVA ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

(Healthcare Power Of Attorney Form)

Utilizando este formulario, cortesía de Penn Medicine Lancaster General Health, yo, _____, nombro a la siguiente persona como mi agente de salud para que en mi representación tome las decisiones relacionadas con mi cuidado de salud. Reconozco que, si no designo a una persona, la(s) persona(s) identificadas en 20 Pa.C.S.A. §5461(d) está(n) autorizados para tomar decisiones sobre mi cuidado de salud por mí.

MI AGENTE DE CUIDADO DE SALUD

Nombre:: _____

Dirección:: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: () _____ Celular: () _____

SEÑALANDO A OTRA PERSONA COMO MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Si la persona arriba nombrada, no puede o no desea actuar como mi agente de atención médica; yo, nombro como alternativa, a la siguiente persona para que actúe como mi agente de atención médica.

Nombre:: _____

Dirección:: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: () _____ Celular: () _____

AUTORIDAD DE MI AGENTE DE CUIDADO DE SALUD

Mi agente de cuidado de salud tiene autoridad para tomar decisiones sobre mi cuidado médico que estén incluidas dentro de mi testamento vital (*Tache las decisiones que **NO QUIERA** incluir en la autorización que le está otorgando a su agente de salud*).

1. Autorizar, detener, o suspender cuidados médicos y procedimientos quirúrgicos
2. Autorizar, detener o suspender nutrición (comida) o hidratación (agua) medicamente administradas a través de sondas colocadas en mi nariz, estómago, intestinos, arterias o venas
3. Autorizar mis hospitalizaciones o altas médicas de alguna facilidad médica, de enfermería, residencial o entidad similar y hacer los arreglos necesarios con mi seguro médico para recibir atención y cuidado, incluyendo servicios de hospicio y/o cuidados paliativos
4. Contratar y despedir personal médico como trabajadores sociales, y cualquier otra persona responsable de mi cuidado.
5. Tomar cualquier acción legal necesaria para cumplir con lo que yo he decidido
6. Solicitar al médico responsable de mi cuidado expedir una orden de NO RESUCITAR (DNR por sus siglas en inglés), incluyendo una orden DNR afuera del hospital, y firmar cualquier documento y consentimiento que se requiera.

FIRMAS

La ley en el estado de Pensilvania, protege a mi agente de atención médica y a mis proveedores de atención médica de cualquier responsabilidad legal contra cualquiera de ellos quienes, de buena fe, respeten y sigan mis deseos expresados en este documento o cumplan con las indicaciones expresadas por mi agente de atención médica. En representación de mis albaceas, herederos inclusive yo mismo, libero de cualquier tipo de responsabilidad a mi agente de salud y a mis proveedores de atención médica de cualquier reclamo que se pudiera hacerse en contra de ellos por las acciones que de buena fe hayan tomado para respetar la autoridad de mi agente de salud o al seguir mis instrucciones de tratamiento.

Después de haber leído cuidadosamente este documento, lo estoy firmado en el día, _____ del mes de _____ del año 20_____, revocando cualquier directiva anticipada que haya sido elaborada previamente.

(Firma) (Signature)

La ley en el estado de Pensilvania requiere que los dos testigos tengan mínimo 18 años de edad. Además deben dar fe de la firma del interesado estando todos presentes a la hora de firmar este documento. Una persona que firme este documento a nombre de o bajo la dirección del interesado no puede firmar como testigo.

(Firma de Testigo) (Witness Signature)

(Nombre del Testigo) (Witness Printed Name)

(Firma de Testigo) (Witness Signature)

(Nombre del Testigo) (Witness Printed Name)