

# Health Care Proxy (Poder legal para la atención médica)

---

## *Cómo designar a su apoderado para la atención médica en el estado de Nueva York*

*La ley de Nueva York sobre los poderes legales para la atención médica le permite designar a una persona de su confianza, por ejemplo, un familiar o amigo cercano, para que tome decisiones por usted sobre su atención médica en la eventualidad de que usted quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo. Al designar a un apoderado para la atención médica, usted puede tener la tranquilidad de que los proveedores para el cuidado de la salud cumplirán con sus deseos. Además, su apoderado puede decidir cómo tener en cuenta sus deseos a medida que su estado de salud cambie. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de cuidados para la salud deben aceptar las decisiones de su apoderado como si fueran las suyas. Usted puede otorgarle a la persona que elija como su apoderado para la atención médica el grado de autoridad que usted desee. Usted puede permitir a su apoderado tomar todas las decisiones sobre su atención médica, o solamente algunas. También puede otorgarle a su apoderado instrucciones que él o ella deberá cumplir. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones con respecto a la donación de órganos y/o tejidos.*

# Sobre el formulario de Health Care Proxy

Este es un documento legal importante. Antes de firmar, debe entender lo siguiente:

1. Este formulario le brinda a la persona que usted elige como su apoderado la autoridad de tomar en su nombre todas las decisiones sobre su atención médica, incluyendo la decisión de interrumpir o proporcionar tratamiento para la prolongación de la vida, salvo que usted indique lo contrario en este formulario. "Atención médica" significa todo tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su estado físico o mental.
2. A menos que su apoderado conozca razonablemente sus deseos sobre la administración artificial de nutrición e hidratación (alimentos y agua mediante una sonda o por vía intravenosa), él o ella no podrá rehusarse o aceptar estas medidas para usted.
3. Su apoderado comenzará a tomar decisiones en su nombre cuando su médico determine que usted está incapacitado para tomar decisiones por sí mismo sobre el cuidado de su salud.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamiento que no desea y/o aquellos tratamientos que quiere estar seguro de recibir. Las instrucciones se pueden usar para limitar el poder de toma de decisiones de su apoderado. Su apoderado debe seguir sus instrucciones cuando toma decisiones por usted.
5. Usted no necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Usted puede elegir a cualquier adulto (18 años de edad o más), inclusive un miembro de su familia o amigo cercano, para que sea su apoderado. Si usted elige a un médico como su apoderado, él o ella tendrá que elegir entre actuar como su apoderado o como su médico de cabecera porque un médico no puede cumplir ambas funciones a la vez. Además, si usted es paciente o residente de un hospital, hogar geriátrico o de convalecencia o centro de higiene mental, existen restricciones especiales para designar como su apoderado a una persona que trabaje para ese centro. Pídale a un miembro del personal del centro que le explique estas restricciones.
7. Antes de designar a una persona como su apoderado para la atención médica, discútalos con él o ella para estar seguro de que él o ella está dispuesto a actuar como su apoderado. Dígale a la persona que elija, que él o ella será su apoderado para la atención médica. Hable con su apoderado sobre sus preferencias para la atención médica y sobre este formulario. Asegúrese de darle a él o ella una copia firmada. Su apoderado no podrá ser demandado por las decisiones que tome de buena fe con respecto a su atención médica.
8. Si usted designa a su cónyuge como su apoderado para la atención médica y luego se divorcia o separa legalmente, según las leyes, su ex cónyuge no podrá seguir siendo su apoderado, salvo que usted estipule lo contrario. Si usted quiere que su ex cónyuge siga siendo su apoderado, puede indicarlo en el formulario actual y fecharlo, o llenar un nuevo formulario designando a su ex cónyuge.
9. Aunque haya firmado este formulario, usted tiene derecho a seguir tomando decisiones sobre su atención médica mientras pueda hacerlo, y no se le podrá administrar ni interrumpir un tratamiento si usted se opone, ni su apoderado tendrá poder de objetar.
10. Usted puede cancelar la autoridad que le otorga a su apoderado comunicándoselo verbalmente o por escrito a él o ella o a su proveedor de cuidados para la salud.
11. Designar a un apoderado para la atención médica es voluntario. Nadie puede obligarlo a designar a un apoderado.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos y/o tejidos en este formulario.

# Preguntas frecuentes

## **¿Por qué debo tener un apoderado para la atención médica?**

Si usted queda incapacitado, aunque sea temporalmente, para tomar decisiones sobre su atención médica, alguien debe decidir por usted. Los proveedores de cuidados para la salud generalmente recurren a la familia para tratar de conocer las preferencias del paciente. Sus familiares pueden expresar lo que creen que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Sin embargo, en el estado de Nueva York, solamente un apoderado para la atención médica que usted designe tiene la facultad legal de tomar decisiones sobre tratamientos si usted no puede hacerlo por sí mismo. Designar a un apoderado le permite controlar su tratamiento médico:

- permitiendo que su apoderado tome decisiones en su nombre sobre su atención médica como usted lo hubiera hecho;
- eligiendo a una persona para que tome decisiones médicas porque usted piensa que esa persona tomará las mejores decisiones;
- eligiendo a una persona para evitar conflictos o confusión entre los miembros de su familia y/u otros seres queridos.

Asimismo, puede designar a un apoderado alterno para que asuma el control si la persona que designó en primer lugar no puede tomar decisiones en su nombre.

## **¿Quién puede ser un apoderado para la atención médica?**

Cualquier persona de 18 años de edad o más puede ser un apoderado para la atención médica. La persona que usted designa como su apoderado o apoderado alterno no puede firmar como testigo en el formulario del Health Care Proxy.

## **¿Cómo designo a un apoderado para la atención médica?**

Todos los adultos, de 18 años de edad o más, pueden designar a un apoderado para la atención médica firmando un formulario llamado Health Care Proxy. No necesita un abogado o notario público, simplemente dos testigos adultos. Su apoderado no puede firmar como testigo. Usted puede usar el formulario impreso aquí, pero no es necesario que utilice este formulario.

## **¿Cuándo empezaría mi apoderado para la atención médica a tomar decisiones en mi nombre sobre el cuidado de mi salud?**

Su apoderado para la atención médica comenzaría a tomar decisiones sobre su atención médica después de que su

médico determine que usted no puede tomar decisiones por sí mismo sobre el cuidado de su salud. Mientras pueda tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo, tiene derecho a hacerlo.

## **¿Qué decisiones puede tomar mi apoderado para la atención médica?**

A menos que limite la autoridad de su apoderado para la atención médica, su apoderado podrá tomar cualquier decisión sobre su atención médica que usted hubiera tomado de haber podido decidir por sí mismo. Su apoderado puede convenir que usted necesita recibir tratamiento, elegir entre diferentes tratamientos y decidir qué tratamientos no debe recibir, de conformidad con sus deseos e intereses. No obstante, su apoderado solo puede tomar decisiones con respecto a la administración artificial de nutrición e hidratación (alimento y agua a través de una sonda o por vía intravenosa) si él o ella conoce sus deseos según lo que usted ha dicho o dejado por escrito. El formulario del Health Care Proxy no le brinda a su apoderado la facultad de tomar decisiones en su nombre no relacionadas con el cuidado de la salud, como por ejemplo decisiones financieras.

## **¿Por qué debo designar a un apoderado para la atención médica si soy joven y sano?**

Designar a un apoderado para la atención médica es una buena idea aunque usted no sea viejo ni padezca una enfermedad terminal. Un apoderado para la atención médica puede actuar en su nombre aunque usted solo esté incapacitado temporalmente para decidir por sí mismo sobre el cuidado de su salud (como por ejemplo si está bajo anestesia general o quedó en coma debido a un accidente). Cuando usted recobre la capacidad para tomar sus propias decisiones de salud, su apoderado para la atención médica perderá la autoridad para actuar.

## **¿Cómo tomará las decisiones mi apoderado para la atención médica?**

Su apoderado debe cumplir con sus deseos y tener en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puede escribir instrucciones en el formulario del Health Care Proxy o simplemente discutir las con su apoderado.

## **¿Cómo conocerá mis deseos mi apoderado para la atención médica?**

Tener una discusión franca y abierta sobre sus deseos con su apoderado para la atención médica le permitirá a él o ella estar en una mejor situación para satisfacer sus intereses. Si su apoderado no conoce sus deseos o creencias, su apoderado está obligado por ley a tomar la

## Preguntas frecuentes, *continúa*

decisión que mejor responda a sus necesidades. En vista de que esto es una gran responsabilidad para la persona que usted designa como su apoderado para la atención médica, debe discutir con la persona respecto a los tipos de tratamiento que querría o no querría recibir en diferentes circunstancias, tales como

- si quiere iniciar/continuar/terminar el tratamiento para la prolongación de la vida en caso de estar en coma permanente;
- si quiere iniciar/continuar/terminar tratamientos en caso de tener una enfermedad terminal;
- si quiere que se inicie/se rechace, continúe o finalice la administración artificial de nutrición e hidratación y en qué tipo de circunstancias.

### **¿Puede mi apoderado para el cuidado de la salud desestimar mis deseos o instrucciones previas respecto a tratamientos?**

No. Su apoderado está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente deseos específicos, o emitió instrucciones específicas con respecto al tratamiento, su apoderado tiene el deber de cumplir con sus deseos o instrucciones salvo que él o ella de buena fe crea que sus deseos cambiaron o no corresponden a las circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi apoderado?**

Todos los hospitales, hogares geriátricos y de convalecencia, médicos y otros proveedores de cuidados para la salud están obligados por ley a proporcionar a su apoderado para la atención médica la misma información que le suministrarían a usted, y de respetar las decisiones de su apoderado de la misma manera que si las hubiera tomado usted. Si un hospital u hogar geriátrico y de convalecencia se opone a algún tipo de tratamiento (como por ejemplo retirar la prestación de un servicio) debe informarle a usted o a su apoderado ANTES o en el momento de la admisión, siempre que sea razonablemente posible.

### **¿Qué sucede si mi apoderado para la atención médica no está disponible cuando haya que tomar una decisión?**

Puede designar a un apoderado alterno para que decida por usted si su apoderado para la atención médica no está disponible, no puede o no quiere actuar cuando sea necesario tomar una decisión. De otro modo, los proveedores de cuidados para la salud tomarán decisiones sobre su atención médica conforme a las instrucciones que usted estipuló cuando aún podía hacerlo. Toda

instrucción que usted escriba en el formulario del Health Care Proxy guiará a los proveedores de cuidados para la salud en estas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de opinión?**

Es fácil cancelar el Health Care Proxy, cambiar la persona que eligió como su apoderado para la atención médica o modificar cualquier instrucción o limitación que haya incluido en el formulario. Simplemente llene un formulario nuevo. Además, puede indicar que su Health Care Proxy caduque en una fecha específica o en la eventualidad de que ocurran ciertos acontecimientos. De otro modo, el Health Care Proxy será válido indefinidamente. Si elige a su cónyuge como su apoderado para la atención médica o como su apoderado alterno, y se divorcia o separa legalmente, el nombramiento de esa persona quedará automáticamente cancelado. No obstante, si usted quiere que su ex cónyuge siga siendo su apoderado, puede indicarlo en el formulario actual y fecharlo o llenar un nuevo formulario designando a su ex cónyuge.

### **¿Puede mi apoderado para la atención médica ser legalmente responsable por las decisiones que toma en mi nombre?**

No. Su apoderado para la atención médica no será legalmente responsable por las decisiones de buena fe que tome en su nombre con respecto al cuidado de su salud. Además, él o ella no puede ser legalmente responsable por los costos de su atención médica simplemente por ser su apoderado.

### **¿Es lo mismo un Health Care Proxy que un testamento vital (living will)?**

No. Un testamento vital es un documento que proporciona instrucciones específicas con respecto a las decisiones sobre la atención médica. Usted puede incluir este tipo de instrucciones en el formulario de Health Care Proxy. El Health Care Proxy le permite elegir a una persona de confianza para que tome decisiones en su nombre sobre su atención médica. A diferencia de un testamento vital, un Health Care Proxy no requiere que usted sepa por anticipado todas las decisiones que puede ser necesario tomar. A diferencia del testamento vital, su apoderado para la atención médica puede interpretar sus deseos según cambien las circunstancias médicas, y puede tomar decisiones que hubiera sido imposible prever de antemano.

## Preguntas frecuentes, *continúa*

### **¿Dónde debo guardar el formulario del Health Care Proxy después de que esté firmado?**

Dele una copia a su apoderado, a su médico, a su abogado y a cualquier miembro de su familia o amigo cercano que usted desee. Guarde una copia en su billetera o cartera, o con otros documentos importantes, pero no en un lugar al que nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Traiga una copia si es admitido al hospital, incluso para una cirugía menor, o en caso de una cirugía ambulatoria.

### **¿Puedo usar el formulario del Health Care Proxy para expresar mis deseos sobre la donación de órganos y/o tejidos?**

Sí. Use la sección optativa sobre donación de órganos y tejidos en el formulario del Health Care Proxy y asegúrese de que al llenar esta sección de datos haya dos testigos presentes. Usted puede especificar que sus órganos y/o tejidos se utilicen para trasplantes, investigación o fines educativos. Toda limitación relacionada con sus deseos debe indicarse en esta sección del poder. **Si usted no incluye sus deseos e instrucciones en el formulario del Health Care Proxy no querrá decir que usted no quiere hacer una donación de órganos y/o tejidos.**

### **¿Puede mi apoderado para la atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre la donación de órganos y/o tejidos?**

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su apoderado para la atención médica puede tomar decisiones después de su muerte, pero solo con respecto a la donación de órganos y/o tejidos. Su apoderado para la atención médica debe tomar las decisiones que se indican en el formulario del Health Care Proxy.

### **¿Quién puede aprobar una donación si yo decido no estipular mis deseos en este momento?**

Es importante que su apoderado para la atención médica, el apoderado de su caudal hereditario o de sus restos, si es que lo hay, y sus familiares conozcan sus deseos sobre la donación de órganos y/o tejidos. Según la ley de Nueva York, hay ciertos individuos autorizados para aprobar en su nombre la donación de órganos y/o tejidos. Se enumeran en orden de prioridad: su apoderado para la atención médica, el apoderado de su caudal hereditario o de sus restos, su cónyuge, si no está legalmente separado, o su pareja de hecho, un hijo o hija de 18 años de edad o más, su padre o madre, un hermano o hermana de 18 años de edad o más, un tutor designado por el tribunal antes del fallecimiento del donante.

# Instrucciones para llenar el formulario del Health Care Proxy

## Ítem (1)

Escriba el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que elige como su apoderado.

## Ítem (2)

Si quiere designar a un apoderado alterno, escriba el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que elige como su apoderado alterno.

## Ítem (3)

El Health Care Proxy permanecerá en vigencia indefinidamente salvo que usted indique una fecha de vencimiento o circunstancias particulares que lo invaliden. Esta sección es optativa y solo se utilizará si usted desea que caduque su Health Care Proxy.

## Ítem (4)

Si tiene instrucciones especiales para su apoderado, escríbalas aquí. Además, si quiere limitar de alguna manera la autoridad de su apoderado, puede indicarlo aquí o discutirlo con su apoderado para la atención médica. Si no estipula ninguna limitación, su apoderado podrá tomar todas las decisiones sobre su atención médica que usted pudiera haber tomado, inclusive la decisión de aceptar o rechazar un tratamiento para la prolongación de la vida.

Si quiere darle a su apoderado autoridad amplia, puede hacerlo directamente en el formulario. Simplemente escriba: *He discutido mis deseos con mi apoderado para la atención médica y mi apoderado alterno y ellos conocen mis preferencias, inclusive aquellas relacionadas con la administración artificial de nutrición e hidratación..*

Si quiere dejar instrucciones más específicas, podría decir:

*En la eventualidad de que padezca una enfermedad terminal, quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento....*

*Si estoy en coma o tengo poca claridad de entendimiento, sin esperanza de recuperación, entonces quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento....*

*Si tengo daño cerebral o una enfermedad cerebral que me impida reconocer a las personas o hablar y no hay esperanza de que mi estado mejore, quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento....*

*He discutido con mi apoderado mis deseos sobre \_\_\_\_\_ y quiero que mi apoderado tome todas las decisiones sobre estas medidas.*

A continuación le proporcionamos ejemplos de los tratamientos médicos acerca de los cuales quizás desee dejar instrucciones especiales a su apoderado. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- administración artificial de nutrición e hidratación (alimentos y agua a través de una sonda)
- reanimación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electroshock
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

## Ítem (5)

Debe fechar y firmar este formulario del Health Care Proxy. Si no puede firmar por sí mismo, puede instruir a otra persona que firme en su presencia. Asegúrese de incluir su propia dirección.

## Ítem (6)

En este formulario puede indicar sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos y/o tejidos. De conformidad con la ley de Nueva York ciertos individuos en orden de prioridad pueden autorizar en su nombre la donación de un órgano y/o tejido, su apoderado para la atención médica, el apoderado de su caudal hereditario o sus restos, su cónyuge, si no está legalmente separado, o su pareja de hecho, un hijo o hija de 18 años de edad o más, su padre o madre, un hermano o hermana de 18 años de edad o más, un tutor designado por el tribunal antes del fallecimiento del donante.

## Ítem (7)

Dos testigos de 18 años de edad o más deben firmar este formulario del Health Care Proxy. La persona designada como su apoderado o apoderado alterno no puede firmar como testigo.

# Health Care Proxy

**(1) Por el presente,** \_\_\_\_\_

designo a \_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número de teléfono)*

como mi apoderado para la atención médica para que tome toda y cualquier decisión en mi nombre, salvo en la medida en que se indique lo contrario. Este poder legal entrará en vigencia solo en la eventualidad de que quede incapacitado para tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica.

**(2) Optativo: Apoderado alterno**

Si la persona que designo no puede, no quiere o no está disponible para actuar como mi apoderado para la atención médica, por el presente designo a \_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número de teléfono)*

como mi apoderado para la atención médica para que tome toda y cualquier decisión en mi nombre, salvo en la medida en que se indique lo contrario.

**(3)** Salvo que lo revoque o indique una fecha de vencimiento o circunstancias específicas que lo invaliden, este poder legal permanecerá en vigencia indefinidamente. *(Optativo: Si desea que este poder legal caduque, estipule aquí la fecha o las circunstancias específicas que lo invalidan.)* Este poder legal vencerá *(especifique la fecha o las circunstancias particulares):* \_\_\_\_\_

**(4) Optativo:** Instruyo a mi apoderado para la atención médica a tomar decisiones conforme a mis deseos y limitaciones, como es de su conocimiento, o según se indica a continuación. *(Si usted quiere limitar la autoridad de su apoderado para tomar decisiones sobre su atención médica u otorgar instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones.)* Instruyo a mi apoderado para la atención médica a tomar decisiones de conformidad con las siguientes limitaciones y/o instrucciones *(adjunte las páginas adicionales que sean necesarias):* \_\_\_\_\_

Para que su apoderado pueda tomar decisiones en su nombre sobre su atención médica con respecto a la administración artificial de nutrición e hidratación *(alimento y agua a través de una sonda o por vía intravenosa)*, su apoderado debe estar razonablemente familiarizado con sus deseos. Usted puede informar a su apoderado cuáles son sus deseos o incluirlos en esta sección. Consulte las instrucciones para un ejemplo del lenguaje que puede utilizar si desea incluir sus deseos en este formulario, inclusive sus preferencias sobre la administración artificial de nutrición e hidratación.

**(5) Su identificación** *(escriba en letras de imprenta)*

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Optativo: Donación de órganos y/o tejidos**

Por el presente, deseo realizar una donación anatómica en la eventualidad de mi muerte:  
 (marque todas las opciones que correspondan)

 Cualquier órgano o tejido necesario Los siguientes órganos y/o tejidos \_\_\_\_\_ Limitaciones \_\_\_\_\_

Si usted no expresa en este formulario sus deseos o preferencias sobre la donación de órganos y/o tejidos, no significará que usted no desea hacer una donación ni evitará que una persona autorizada por ley apruebe una donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de los testigos** *(Los testigos deben tener 18 años de edad o más y ninguno podrá ser el apoderado para la atención médica o el apoderado alterno).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y que compareció ante mí voluntariamente y en su sano juicio. Él o ella firmó este documento en mi presencia (o le solicitó a otra persona que firmara en su nombre).

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del testigo 1  
*(en letras de imprenta)* \_\_\_\_\_ Nombre del testigo 2  
*(en letras de imprenta)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

