

MASSACHUSETTS HEALTH CARE PROXY
PODER DE CUIDADO DE SALUD DE MASSACHUSETTS
Información, Instrucciones y Formulario

¿Qué es lo que permite la Ley de Apoderados de Cuidado de Salud (“Health Care Proxy Law”)?

El **Poder de Cuidado de Salud** es un simple documento legal que le permite nombrar a una persona a quien usted conoce y en la cual tiene confianza, para que tome decisiones relativas a su cuidado de salud en su nombre, en el caso de que usted se encuentre incapacitado para tomar o comunicar esas decisiones. Es, sin embargo, un documento importante, ya que el mismo afecta no sólo a las decisiones que haga sobre su cuidado de salud sino también a sus relaciones con su médico, su familia y con otras personas involucradas en el cuidado de su salud. Para asegurarse de que sus deseos sean respetados, lea este documento y siga las instrucciones incluidas en él.

Bajo la “Health Care Proxy Law” (Leyes Generales de Massachusetts, Capítulo 201D), cualquier adulto competente de 18 años o más de edad puede usar este formulario para nombrar a un Agente de Cuidado de Salud (“Health Care Agent”). Usted (la/el “Principal”) puede nombrar a cualquier adulto/a EXCEPTO al administrador, al operador o a un empleado de una institución de cuidado de salud tal como un hospital o asilo de ancianos (“nursing home”) de la que usted sea paciente o residente, A MENOS QUE esa persona tenga con usted una relación de parentesco sanguíneo, por matrimonio o por adopción. Se usted reside en Massachusetts o no, puede usar este formulario se recibir su cuidado de salud en Massachusetts.

¿Qué es lo que puede hacer mi Agente?

Su Agente puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud *sólo* cuando usted, por algún motivo, no las puede tomar por su cuenta. Esto significa que su Agente puede actuar en su nombre cuando usted está temporalmente inconsciente, en estado de coma o padeciendo una enfermedad que le impide tomar o comunicar decisiones sobre su cuidado de salud. Su Agente no podrá actuar en su nombre a menos que su médico determine, por escrito, que usted no posee la capacidad de tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Su médico le comunicará esta situación si hay signos de que usted puede entenderlo.

Actuando con la autoridad que le ha sido conferida por usted, su Agente podrá tomar todas las decisiones que usted podría tomar de estar en condiciones de hacerlo. Si usted confiere a su Agente total autoridad para actuar en su nombre, éste podrá aceptar o rehusar cualquier tratamiento médico, incluso tratamientos que podrían mantenerlo con vida.

Su Agente tomará decisiones en su nombre sólo después de hablar con su médico o proveedor de cuidado de salud y de considerar en detalle todas las opciones existentes en relación a diagnóstico, pronosis y tratamiento de su enfermedad o aflicción. Su Agente tendrá el derecho legal de obtener cualquier información, incluyendo información médica confidencial, necesaria para tomar las mejores decisiones en su nombre.

Su Agente tomará las decisiones sobre su cuidado de salud según sus deseos o la interpretación de su Agente de sus deseos, incluyendo sus creencias religiosas o morales. Antes de dar instrucciones a su Agente, usted puede hablar con su médico, con su consejero espiritual o con otras personas. Es muy importante que usted hable con su Agente, de modo que éste sepa qué es importante para usted. Si su Agente no sabe cuáles son sus deseos acerca de una situación en particular, deberá tomar decisiones en base a lo que él considere que es lo mejor para usted. Si su médico ha determinado que usted carece de la capacidad de tomar decisiones relativas a su cuidado de salud y usted está en desacuerdo con cualquier decisión tomada por su Agente, se respetará su decisión, a menos que un tribunal determine que usted está incapacitado para tomar decisiones relativas a su cuidado de salud.

Las decisiones tomadas por su Agente tendrán la misma autoridad que tendrían las suyas propias si usted estuviera en condiciones de tomarlas, y serán respetadas por encima de las tomadas por cualquier otra persona, con la excepción de cualquier limitación que usted mismo pueda haber establecido y con la excepción de una Orden de Tribunal que se imponga específicamente al Poder.

¿Cómo se completa el formulario?

1 En la parte superior del formulario, escriba en letras mayúsculas su nombre y dirección completos. Escriba en letras mayúsculas el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que usted seleccione como su Agente de Cuidado de Salud. (**Optativo:** Si usted piensa que su Agente puede no estar disponible en el futuro, puede nombrar a una segunda persona como Agente Alternativo. El Agente Alternativo será llamado si el Agente no quiere o no puede actuar como tal.)

2 El establecimiento de limitaciones a la autoridad de su Agente, puede dificultar la acción de éste en una circunstancia inesperada. Si desea que su Agente tenga total autoridad para actuar en su nombre, deje el espacio para las limitaciones en blanco. Si, en cambio, desea limitar el tipo de decisiones que su Agente o el Agente Alternativo puedan tomar, incluya esas limitaciones en este espacio.

3 ANTES de firmar, asegúrese de que haya dos adultos presentes que sirvan de testigos y observan su firma. Las únicas personas que no pueden servir como testigos son su Agente y su Agente Alternativo. Luego firme y fecha usted mismo el documento. (Se está físicamente incapacitado para firmar, designe a una otra persona para que firme bajo sus órdenes. La persona que coloque la firma de usted deberá indicar el nombre y dirección de ella mismo en los espacios provistos para ello.)

4 Haga que sus testigos escriban la fecha, sus firmas sus nombres y sus direcciones en letras mayúsculas.

5 **OPTATIVO:** Al dorso del formulario hay declaraciones que deberán firmar su Agente y cualquier Agente Alternativo que usted haya designado. Esto no es requerido por ley, pero se recomienda que se haga para asegurar de que usted haya hablado con la persona o personas que pueden tener que tomar importantes decisiones sobre su cuidado de salud y que éstas entienden la importancia de la tarea que pueden verse obligados a efectuar.

¿Quién deberá tener el original y quién las copias?

Una vez que usted haya completado el formulario, quite las páginas de informaciones e instrucciones y haga por lo menos cuatro fotocopias del formulario. Guarde usted mismo el original en un lugar en el que pueda ser hallado fácilmente (*no* en su caja de depósito). Entregue copias a su médico y/o su plan de cuidado de salud para incluir-se en su archivo médico. Entregue copias a su Agente y cualquier Agente Alternativo. Puede entregar también copias a miembros de su familia, al su representante religioso, a su abogado y a otras personas que puedan tomar parte en las decisiones sobre su cuidado de salud.

¿Cómo puedo revocar o cancelar el documento?

Su Poder de Cuidado de Salud es revocado cuando se da una cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Usted firma más adelante otro Poder de Cuidado de Salud.
2. Usted se separa legalmente o se divorcia de su cónyuge, el cual ha sido nombrado en el Poder como su Agente.
3. Usted notifica a su Agente, a su médico o a otro proveedor de cuidado de salud, verbalmente o por escrito, que desea revocar su Poder de Cuidado de Salud.
4. Usted hace cualquier otra cosa que muestra claramente que usted desea revocar el poder, por ejemplo: romper o destruir el poder, tacharlo, notificar de su intención a otras personas, etc.

Fecha de Nacimiento
___/___/___ (m/d/a)

SPANISH

**MASSACHUSETTS HEALTH CARE PROXY
PODER DE CUIDADO DE SALUD DE MASSACHUSETTS**

1 Yo, _____ domiciliado en _____
(Principal - nombre y apellido EN LETRAS MAYÚSCULAS)

(calle)

(ciudad o pueblo)

(estado/ZIP)

nombro como mi **Agente de Cuidado de Salud** a: _____
(nombre de la persona a quien designa como su Agente)

domiciliado en: _____
(calle) (ciudad o pueblo) (estado/ZIP)

Agente: Tel (casa) _____ (escr.) _____ E-mail _____

OPTATIVO: Si mi agente no quiere o no puede prestar su servicio, nombro como mi **Agente Alternativo** a:

(nombre de la persona a quien designa como su Agente Alternativo)

domiciliado en: _____
(calle) (ciudad o pueblo) (estado/ZIP) (teléfono)

2 Mi Agente tendrá autoridad para tomar en mi nombre todas las decisiones sobre cuidado de salud, incluyendo decisiones sobre tratamientos para mantenerme con vida, y estará sujeto a todas las limitaciones que especifico abajo, si yo estoy incapacitado para tomar esas decisiones por mi cuenta. La autoridad de mi Agente tomará efecto si el médico que me trata determina por escrito que yo carezco de la capacidad de tomar o comunicar decisiones relativas a mi cuidado de salud. Mi Agente tendrá entonces la misma autoridad para tomar decisiones sobre mi cuidado de salud que tendría yo de estar capacitado para tomarlas, **EXCEPTO** (sigue aquí la lista de limitaciones, *de haberlas*, que desea dar a la autoridad de su Agente):

Yo indico aquí a mi Agente que tome decisiones sobre mi cuidado de salud según su interpretación de mis deseos personales. Si mis deseos personales no son conocidos, mi Agente deberá tomar decisiones sobre mi cuidado de salud según su interpretación de mis intereses. Las fotocopias de este Poder de Cuidado de Salud tendrán la misma fuerza y vigencia que el original.

3 **Firmado:** _____ **Fecha:** ___ / ___ / ___ (m/d/a)

Completar solamente si el Principal está físicamente incapacitado para firmar: Yo he colocado arriba la firma del principal, siguiendo sus órdenes en presencia del mismo Principal y de dos testigos.

(Nombre y apellido)

(Dirección)

4 **DECLARACION DE LOS TESTIGOS:** Nosotros, los firmantes, hemos presenciado la firma de este Poder de Cuidado de Salud por parte del Principal y declaramos que el Principal parece ser mayor de 18 años de edad, estar en posesión de sus facultades mentales y no estar bajo coerción ni indebida influencia. Ninguno de nosotros ha sido designado como Agente de Cuidado de Salud ni como Agente Alternativo.

En nuestra presencia, en esta fecha: ___ / ___ / ___ (m/d/a)

Testigo N° 1 _____ Testigo N° 2 _____
(Firma) (Firma)

Nombre y apellido _____ Nombre y apellido _____

Dirección: _____ Dirección: _____

5 Declaraciones del Agente de Cuidado de Salud y del Agente Alternativo (OPTATIVO)

Agente de Cuidado de Salud: He sido nombrado por el Principal como su **Agente de Cuidado de Salud** para este Poder de Cuidado de Salud. He leído atentamente este documento y he hablado personalmente con el Principal acerca de sus deseos sobre su cuidado de salud en caso de incapacidad. Conozco al Principal y acepto por voluntad propia este nombramiento. Yo no soy administrador, operador ni empleado de ningún hospital, clínica, asilo de ancianos, casa de reposo, hogar de soldados ni de ninguna otra institución de cuidado de salud de la cual el Principal es actualmente paciente o residente o a la cual ha solicitado admisión. En caso de ser yo una persona con las características descritas arriba, tengo también una relación de parentesco con el Principal por lazos sanguíneos, por matrimonio o adopción. De ser necesario hacerlo, trataré de ejecutar los deseos del Principal en la medida en que mis capacidades me lo permitan.

(Firma del **Agente de Cuidado de Salud**) _____

Agente Alternativo: He sido nombrado por el Principal como su **Agente Alternativo de Cuidado de Salud** para este Poder de Cuidado de Salud. He leído atentamente este documento y he hablado personalmente con el Principal acerca de sus deseos sobre su cuidado de salud en caso de incapacidad. Conozco al Principal y acepto por voluntad propia este nombramiento. Yo no soy el administrador, operador ni un empleado de ningún hospital, clínica, asilo de ancianos, casa de reposo, hogar de soldados ni de ninguna otra institución de cuidado de salud de la cual el Principal es actualmente paciente o residente o a la cual ha solicitado admisión. En caso de ser yo una persona con las características descritas arriba, tengo también una relación de parentesco con el Principal por lazos sanguíneos, por matrimonio o adopción. De ser necesario hacerlo, trataré de ejecutar los deseos del Principal en la medida en que mis capacidades me lo permitan.

(Firma del **Agente Alternativo de Cuidado de Salud**) _____

* * * * *

**Poder de Cuidado de Salud elaborado por Massachusetts Health Decisions
en asociación con las siguientes organizaciones miembro de la Health Care Proxy Task Force:**

Boston University Schools of Medicine and Public Health: Law, Medicine, and Ethics Program	Massachusetts Hospital Association
Deaconess ElderCare Program	Massachusetts Medical Society
Hospice Federation of Massachusetts	Massachusetts Nurses Association
Massachusetts Bar Association	Medical Center of Central Massachusetts
Massachusetts Department of Public Health	Suffolk University Law School: Elder Law Clinic
Massachusetts Executive Office of Elder Affairs	University of Massachusetts at Boston: The Gerontology Institute
Massachusetts Federation of Nursing Homes	Visiting Nurse Associations of Massachusetts
Massachusetts Health Decisions	

Por precios e información sobre pedidos en cantidad, o licenciamiento fuera de la idioma inglés,
por favor, póngase en contacto sin fines de lucro

Massachusetts Health Decisions

Email: proxy@masshealthdecisions.org

For prices and information on quantity orders, or for non-English language licensing, please contact non-profit

Massachusetts Health Decisions

Email: proxy@masshealthdecisions.org

<https://masshealthdecisions.org>