

## ***Su futuro, su salud*** ***Poder legal para la atención médica***

En su transición hacia la independencia, es importante que sepa que tiene derecho a tomar decisiones acerca de la atención médica que reciba ahora y en el futuro. Un documento de poder legal para la atención médica es una declaración por escrito acerca de cómo desea que se tomen decisiones médicas cuando usted ya no pueda tomarlas.

### **¿Qué es un Poder legal para la atención médica?**

Un documento de Poder legal para la atención médica permite que una persona, llamada el mandante, le delegue a otra persona, llamada el agente (podría tratarse de una amiga de confianza, un familiar, un padre adoptivo o un cuidador sustituto), el poder de tomar decisiones relacionadas con la atención médica que el mandante no puede tomar. El agente, que no necesita ser un abogado, hablará por el mandante y tomará decisiones de acuerdo con los deseos del mandante, incluso cuando este se encuentre física o mentalmente incapacitado.

### **¿Es necesario que un abogado prepare el formulario por usted?**

La ley de Illinois no exige que un abogado sea quien prepare un documento de Poder legal para la atención médica.

### **¿Cuáles son las ventajas de tener un Poder legal para la atención médica?**

Un Poder legal para la atención médica es flexible y se puede aplicar en distintas situaciones. Le permitirá decidir, si usted es el mandante, quién debe tomar las decisiones en su nombre en lugar de dejar la toma de decisiones en manos de los tribunales. A sus familiares les ahorra la carga de tener que tomar esas decisiones sin conocer sus deseos. Por ejemplo, usted puede usar un Poder para expresar sus deseos sobre si quiere que se continúe con tratamientos de prolongación de la vida en caso de que alguna vez los necesite, o para especificar bajo qué circunstancias desearía que se continuara con esas medidas, por ejemplo, puede desear o no recibir medidas de soporte vital si sufre un coma irreversible. Puede elegir indicarle a su agente que continúe o suspenda los alimentos y líquidos o que no se le administre reanimación cardiopulmonar (RCP) bajo determinadas circunstancias.

### **¿Qué sucede si no firmo un poder legal para la atención médica?**

Un representante sustituto de atención médica puede ser escogido por usted si no puede tomar decisiones sobre atención médica y no tiene instrucciones anticipadas sobre atención médica. Un representante sustituto es una persona designada para actuar en su lugar, y las instrucciones anticipadas sobre atención médica son un documento legal firmado por usted para brindar orientación para la toma de decisiones médicas y de cuidado de la salud en caso de que usted se vuelva incompetente para tomar ese tipo de decisiones. Este representante sustituto de atención médica será una de las siguientes personas (en orden de prioridad): tutor de la persona, cónyuge, cualquiera de los padres, cualquier hermano/a adulto/a, un amigo cercano o un tutor de los bienes.

El representante sustituto puede tomar todas las decisiones de atención médica por usted, con las siguientes excepciones. En primer lugar, un representante sustituto de atención médica no puede decirle a su doctor que suspenda o niegue un tratamiento de soporte vital, a menos que tenga una “condición que cumpla con los requisitos”, lo cual es una condición terminal, inconciencia permanente o una condición incurable o irreversible. Dos doctores tienen que certificar que usted no puede tomar decisiones y que tiene una condición que reúna los requisitos para suspender o negar un tratamiento de soporte vital.

Un representante sustituto de atención médica no puede tomar decisiones relacionadas con un tratamiento de salud mental, lo cual incluye el tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC), medicamentos psicotrópicos o la internación en una institución de salud mental. Un representante sustituto de atención médica puede solicitarle a un tribunal que autorice a que se presten esos servicios de salud mental.

### **¿Cuáles son los requisitos o disposiciones legales?**

Cualquier persona de 18 años de edad o más que sea residente de Illinois puede crear un Poder legal para la atención médica. La persona a quien designe como su agente tiene que tener 18 años o más y no puede ser su doctor o alguien que reciba un pago por brindarle servicios de atención médica. El documento de Poder legal para la atención médica tiene que estar firmado por usted y un testigo. Y, al ejercer el Poder legal para la atención médica, su agente tiene que usar el debido cuidado al actuar en su beneficio y tiene que actuar de acuerdo con los términos que usted ha especificado en su documento de Poder legal para la atención médica. Él o ella serán responsables legalmente por cualquier ejercicio negligente de las tareas que usted especificó.

### **¿Cuánto tiempo durará su Poder legal para la atención médica?**

Como el mandante, usted puede especificar el tiempo de inicio y de finalización del Poder legal para la atención médica. Además, el documento de Poder legal para la atención médica puede ser modificado en cualquier momento a través de una enmienda por escrito firmada y fechada por el mandante. Usted puede revocar su Poder si quema o rompe el documento, por revocación escrita o por revocación verbal en presencia de un testigo de 18 años de edad o más, quien después pondrá la revocación por escrito por usted. Sin embargo, si resulta necesario dar por finalizado el Poder legal después de que usted haya quedado discapacitado, es posible que se requiera iniciar una acción legal para dar de baja al agente. A menos que usted establezca una fecha de finalización más temprana, el Poder legal para la atención médica continuará hasta su defunción. Si lo desea, el Poder legal para la atención médica también puede permanecer vigente después de haber fallecido para autorizar a su agente a lidiar con una autopsia, donaciones de órganos y el entierro.

### **¿En qué momento usted debería designar un agente bajo un Poder legal para la atención médica?**

El mejor momento para crear un Poder legal para la atención médica es ahora mismo, mucho antes de que usted anticipe que cualquier cosa podría llegar a sucederle. Esto garantizará que, si alguna vez se encuentra en una situación en la cual necesite a un agente, usted ya tenga uno.

### **Otras cuestiones que tener en cuenta.**

Antes de firmar su documento de Poder legal para la atención médica, usted debería hablar con la persona que desea que sea su agente y repasar sus deseos acerca de los tipos de tratamiento médico que prefiere recibir en caso de que su agente tenga que ejercer su autoridad bajo el Poder legal para la atención médica. Tenga cuidado de no conferirle a su agente poderes demasiado amplios (que puedan prestarse al abuso o la malinterpretación) ni demasiado restringidas (que podrían imposibilitar que el agente actúe). Se aconseja que usted especifique uno o más agentes sucesores para que actúen en su nombre en caso de que el agente principal no se encuentre disponible, no sea capaz o no esté dispuesto a actuar en su nombre en caso de que fuera necesario. Con todos sus agentes, la primera consideración debería ser que las personas designadas sean personas en las cuales confía considerablemente y que cree que actuarán de acuerdo con sus intereses y valores. Su documento de Poder legal para la atención médica también tiene que establecer las tareas, limitaciones, inmunidades y otros términos aplicables a su agente. Una vez haya firmado su documento de Poder legal para la atención médica, ante testigo y notario (OPCIONAL), debería enviar el formulario original a su agente y suministrarle copias a su abogado, a su doctor y a familiares o amigos cercanos que usted confía que actuarán de acuerdo con sus intereses y valores. El DCFS también conservará una copia de su expediente personal. Usted también debería conservar una copia para sus registros.

### **Notas finales**

Ninguna institución, doctor o aseguradora puede obligarle a firmar un poder legal para la atención médica. Asimismo, ninguna persona o representante del Departamento de Servicios para Niños y Familias intentará forzarle, o influir sobre su decisión de firmar o no un poder legal para la atención médica. Es completamente su decisión. Si una institución, doctor o aseguradora se niega a seguir los dictados de su poder legal para la atención médica, tiene que decírselo y ofrecerle ayuda para encontrar una atención alternativa.

## Formulario breve obligatorio de Poder legal para la atención médica de Illinois

*(Aviso: El objetivo de este Poder legal para la atención médica es darle a la persona que usted designe (su “agente”) facultades amplias para tomar decisiones de atención médica en su nombre, incluido el poder para requerir, consentir o suspender cualquier tipo de cuidado personal o tratamiento médico para cualquier condición física o mental y para internarle o darle de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución. Este formulario no le impone a su agente la tarea de ejercer el poder conferido; pero cuando los poderes sean ejercidas, su agente tendrá que usar el debido cuidado para actuar en su beneficio y de acuerdo con este formulario, y mantener un registro de las recetas, desembolsos y medidas significativas tomadas como agente. Un tribunal puede quitarle los poderes a su agente si determina que el agente no está actuando correctamente. Usted puede nombrar agentes sucesores en este formulario, pero no co-agentes, y no se puede nombrar a ningún proveedor de atención médica. A menos que usted limite expresamente la duración de este poder legal de la manera que se provee a continuación, hasta que usted lo revoque o un tribunal lo dé por terminado actuando en su nombre, su agente puede ejercer los poderes conferidos aquí durante todo su tiempo de vida, incluso después de que usted quede discapacitado. Los poderes que le confiere a su agente, su derecho a revocar esas facultades y las sanciones por violar la ley se explican con mayor detalle en la Sección 4-5, 4-6, 4-9 y 4-10(b) de la “Ley de Poder legal para la atención médica” de Illinois, de la cual este formulario forma parte (vea las páginas 3-6 de este formulario). Esa ley permite expresamente el uso de cualquier otro formulario de poder legal diferente que usted desee. (Si no entiende algo de este formulario, debe consultar a un abogado para que se lo explique).*

**PODER LEGAL** conferido este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ (mes, año).

1. Yo, \_\_\_\_\_  
(insertar el nombre del mandante)

\_\_\_\_\_  
(insertar la dirección del mandante)

designo a: \_\_\_\_\_  
(insertar el nombre del agente)

\_\_\_\_\_  
(insertar la dirección del agente)

como mi apoderado (mi “agente”) para que actúe por mí y en mi nombre (de cualquier manera en la cual yo podría actuar en persona) para tomar cualquier y todas las decisiones por mí en lo concerniente a mi cuidado personal, tratamiento médico, hospitalización y atención médica y para exigir, suspender o negar cualquier tipo de tratamiento o procedimiento médico, aun cuando pueda ocurrir mi fallecimiento. Mi agente tendrá el mismo acceso a mi historial médico que yo tenga, incluido el derecho a revelar el contenido a otras personas. Mi agente también tendrá todo el poder para autorizar una autopsia y dirigir la disposición de mis restos. Después de mi fallecimiento, mi agente tiene plenas facultades para hacer una donación anatómica de lo siguiente (**marque una opción con sus iniciales**):

\_\_\_\_\_ Cualesquiera órganos, tejidos u ojos aptos para su trasplante o su uso para la investigación o la educación.

\_\_\_\_\_ Órganos específicos: \_\_\_\_\_

*(La concesión de facultades que se realiza aquí pretende ser lo más amplia posible para que el agente tenga autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o dar por finalizado cualquier tipo de atención médica, incluida la suspensión de comida y agua y otras medidas de soporte vital, si su agente cree que dicha acción estaría en consonancia con sus intenciones y deseos. Si desea limitar el alcance de las facultades de su agente o prescribir reglas especiales para hacer una donación de órganos, autorizar una autopsia o disponer de sus restos mortales, usted puede hacerlo en los párrafos siguientes).*

2. Las facultades concedidas aquí no incluirán las siguientes facultades o estarán sujetas a las siguientes reglas o limitaciones (aquí puede incluir cualquier limitación específica que estime apropiada, tales como: su propia definición de cuándo deberían suspenderse las medidas de soporte vital; una instrucción de continuar con los alimentos y líquidos o tratamiento de soporte vital en todos los casos; o instrucciones de rechazar cualquier tipo de tratamiento específico que entre en conflicto con sus creencias religiosas o sea inaceptable para usted por cualquier otro motivo, como una transfusión de sangre, terapia electro-convulsiva, amputación, psicocirugía, la internación voluntaria en una institución mental, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

*(El tema del tratamiento de soporte vital es de particular importancia. Para su comodidad al lidiar con ese tema, a continuación se exponen algunas afirmaciones generales sobre la suspensión o retiro de un tratamiento de soporte vital. Si está de acuerdo con alguna de estas afirmaciones, puede colocar sus iniciales delante de esa afirmación; **no** coloque sus iniciales en más de una afirmación):*

\_\_\_\_\_ (Iniciales) No deseo que mi vida sea prolongada ni que mi tratamiento de soporte vital sea provisto o continuado si mi agente cree que las cargas del tratamiento superan a los beneficios esperados. Deseo que mi agente considere el alivio del sufrimiento, los gastos involucrados y la calidad, así como la posible extensión de mi vida en la toma de decisiones concernientes a un tratamiento de soporte vital.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Deseo que mi vida sea prolongada y que mi tratamiento de soporte vital sea provisto o continuado a menos que me encuentre en un estado de coma considerado irreversible por mi médico tratante, de acuerdo con normas médicas razonables en el momento al cual se hace referencia. Si y cuando haya sufrido un coma irreversible, quiero que el tratamiento de soporte vital sea suspendido o interrumpido.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Deseo que mi vida sea prolongada el máximo tiempo posible más allá de cuál sea mi condición, de las posibilidades de recuperación que tenga o el costo de los procedimientos.

*(Este poder legal puede ser modificado o revocado por usted de la manera que se indica en la Sección 4-6 de la “Ley de Poder legal para la atención médica” de Illinois (ver las páginas 3-4 de este documento). Sin enmienda o revocación, la autoridad concedida en este poder legal entrará en vigencia en el momento en que se firme este poder legal y continuará hasta su fallecimiento, y más allá si se autoriza la donación de órganos o la disposición de los restos mortales, a menos que se imponga una limitación sobre la fecha de inicio o la duración al colocar sus iniciales y completar una de las siguientes afirmaciones o ambas:*

3. ( ) Este poder legal entrará en vigencia el \_\_\_\_\_

*(inserte una fecha o evento futuro durante el transcurso de su vida, como la determinación de su discapacidad por parte de un tribunal, a partir del cual desea que este poder legal entre en vigencia)*

4. ( ) Este poder finalizará el \_\_\_\_\_

*(inserte una fecha o evento futuro, como la determinación de su discapacidad por parte de un tribunal, a partir del cual desea que este poder legal finalice antes de su fallecimiento)*

*(Si desea nombrar agentes sucesores, inserte los nombres y direcciones de dichos sucesores en el párrafo siguiente).*

5. Si cualquier agente nombrado por mí fallece, se vuelve incompetente, renuncia, se niega a aceptar el cargo de agente o no se encuentra disponible, nombro a las siguientes personas (para que cada uno actúe de manera exclusiva y sucesivamente, en el orden mencionado) como sucesores de dicho agente:

---

---

---

---

---

---

---

Para los fines de este párrafo 5, una persona será considerada incompetente si y mientras la persona sea menor de edad o una persona declarada incompetente o discapacitada o si la persona no es capaz de brindar una consideración rápida e inteligente a asuntos de atención médica, según lo certificado por un médico con licencia.

*(Si desea nombrar a su agente como tutor de su persona en el caso de que un tribunal decida que se debe designar uno, usted puede, pero no está obligado a hacerlo conservando el párrafo siguiente. El tribunal nombrará a su agente si determina que dicho nombramiento será en beneficio de sus intereses y su bienestar. Si no desea que su agente actúe como tutor, anule el párrafo 6).*

6. Si un tutor de mi persona tiene que ser designado, nombro al agente que actúa de conformidad con este poder legal como dicho tutor, para actuar como tal sin prestar fianza ni garantías.

7. Estoy plenamente informado sobre todo el contenido de este formulario y entiendo el alcance de esta concesión de poderes a mi agente.

Firmado \_\_\_\_\_  
(mandante)

El mandante ha tenido la oportunidad de leer el formulario anterior y ha firmado el formulario o reconocido su firma o marca en el formulario ante mi presencia.

Testigo: \_\_\_\_\_

Reside en: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL**

Estado de \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ ) SS.

Condado de \_\_\_\_\_ )

El abajofirmante, un notario público para el estado y condado antes mencionados, certifica que \_\_\_\_\_, sobre quien dejo constancia de que es la misma persona cuyo nombre se suscribe como mandante del poder legal precedente, compareció en persona ante mí y los otros testigos y reconoció haber firmado y entregado el instrumento como el acto libre y voluntario del mandante, para los usos y propósitos allí establecidos (y certifié que las firmas del agente y los sucesores eran las correctas).

Fecha: \_\_\_\_\_ (SELLO)

\_\_\_\_\_  
(Notario público)

Mi mandato vence el \_\_\_\_\_.

*(Usted puede, pero no está obligado a, solicitarles a su agente y agentes sucesores que proporcionen muestras de sus firmas a continuación. Si incluye muestras de firmas en este poder legal, tiene que completar la certificación de las firmas de los agentes).*

Muestras de firmas del agente (y sucesores):

Certifico que las firmas de mi agente (y sucesores) son correctas:

\_\_\_\_\_  
(Agente)

\_\_\_\_\_  
(Mandante)

\_\_\_\_\_  
(Agente sucesor)

\_\_\_\_\_  
(Mandante)

\_\_\_\_\_  
(Agente sucesor)

\_\_\_\_\_  
(Mandante)