

Código testamentario: PROB

DIVISIÓN 4.7. DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA [4600-4806] (División 4.7 añadida por los Estatutos de 1999, Cap. 658, Secc. 39).

PARTE 2. LEY UNIFORME DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA [4670-4743] (Parte 2 añadida por los Estatutos de 1999, Cap. 658, Secc. 39).

CAPÍTULO 2. Formularios para directiva avanzada de atención médica [4700-4701] (Capítulo 2 añadido por los Estatutos de 1999, Cap. 658, Secc. 39). 4701. El formulario para directiva avanzada de atención médica establecido por la ley es el siguiente:

DIRECTIVA AVANZADA DE ATENCIÓN MÉDICA
(Código testamentario de California, Sección 4701)
Explicación

Usted tiene el derecho de dar instrucciones sobre su atención médica. También tiene el derecho de nombrar a alguien para que tome las decisiones de atención médica por usted. Este formulario le permite hacer cualquiera de esas cosas, o ambas. También le permite expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos y la designación de su médico primario. Si usa este formulario, puede completarlo o modificarlo de forma parcial o total. Tiene la libertad para usar otro formulario.

La Parte 1 de este formulario es un poder notarial de atención médica. En la Parte 1, se le permite nombrar a otra persona como agente para que tome las decisiones de atención médica en su nombre, en caso de que usted sea incapaz de tomarlas o si quiere que otra persona lo haga por más que usted siga siendo capaz. También puede nombrar a un agente alternativo por si su primera opción no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. (Su agente no puede ser un operador o empleado del centro de atención comunitaria o del centro de atención residencial donde recibe atención, ni su proveedor supervisor de atención médica ni empleado de la institución médica recibe atención, salvo que su agente sea familiar suyo o sea compañero de trabajo).

A menos que el formulario que usted firma limite la autoridad de su agente, este podrá tomar todas las decisiones de atención médica por usted. Este formulario tiene un espacio para que pueda limitar la autoridad de su agente. No hace falta que lo haga si desea depender de su agente para todas las decisiones de atención médica que se deban tomar. Si decide no limitar la autoridad de su agente, este tendrá la facultad de hacer lo siguiente:

- (a) Dar o negar el consentimiento en cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o de otra manera ejercer un efecto sobre una afección física o mental.
- (b) Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención médica.
- (c) Aprobar o no aprobar pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
- (d) Dirigir la provisión, retención o retiro de nutrición e hidratación artificial y otras formas de atención médica, entre ellas, la resucitación cardiopulmonar.
- (e) Donar sus órganos, tejidos y partes, autorizar una autopsia y dirigir la eliminación de los restos.

En la Parte 2 de este formulario se le permite dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica, ya sea que designe un agente o no. Se le brindan opciones para expresar sus deseos con respecto a la provisión, retención o retiro de tratamiento para mantenerlo con vida y al alivio de dolor. También se le proporciona un espacio para que añada las decisiones que ha tomado o para que escriba otros deseos. Si está de acuerdo con permitirle a su agente determinar qué es lo mejor para usted en cuanto a las decisiones para el final de la vida, no hace falta que complete la Parte 2 del formulario.

En la Parte 3 de este formulario se le permite expresar la intención de donar sus órganos, tejidos y partes después de su fallecimiento.

En la Parte 4 de este formulario se le permite designar un médico con responsabilidad primaria en su atención médica.

Después de completar este formulario, firme y escriba la fecha al final. El formulario debe ser firmado por dos testigos calificados o reconocidos ante un escribano público. Proporcione una copia del formulario firmado y completado a su médico, a otros proveedores de atención primaria que tenga, a otras instituciones de atención médica en las que reciba atención y a los agentes de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona a la que designó como agente para asegurarse de que entienda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

Tiene el derecho de revocar esta directiva avanzada de atención médica o reemplazar este formulario en cualquier momento.

PARTE 1
PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA

(1.1) DESIGNACIÓN DE AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome las decisiones de atención médica por mí:

(nombre de la persona que elige como agente)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono de la casa) (teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente o si este no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, designo a la siguiente persona como mi primer agente alternativo:

(nombre de la persona que elige como primer agente alternativo)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono de la casa) (teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente y de mi primer agente alternativo, o si ninguno de ellos está dispuesto, es capaz o está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, designo a la siguiente persona como mi segundo agente alternativo:

(nombre de la persona que elige como segundo agente alternativo)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono de la casa) (teléfono del trabajo)

(1.2) AUTORIDAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado a tomar todas las decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones con respecto a la provisión, retención o retiro de nutrición e hidratación artificial y cualquier otra forma de atención médica para mantenerme con vida, excepto lo que estipulo a continuación:

(Añada hojas adicionales si las necesita).

(1.3) ENTRADA EN VIGOR DE LA AUTORIDAD DE MI AGENTE: La autoridad de mi agente entra en vigor cuando mi médico primario determine que no soy capaz de tomar mis propias decisiones de atención médica, salvo que marque la casilla siguiente. Si marco esta casilla , la autoridad de mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí entra en vigor de inmediato.

(1.4.) OBLIGACIÓN DEL AGENTE: Mi agente podrá tomar las decisiones de atención médica por mí en virtud de este poder notarial, las instrucciones que di en la Parte 2 de este formulario y mis deseos, en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que mis deseos se desconozcan, mi agente podrá tomar las decisiones de atención médica por mí en virtud de lo que determine que es lo mejor para mí. Cuando determine lo que es mejor para mí, mi agente deberá considerar mis valores personales en la medida en que los conozca.

(1.5) AUTORIDAD DEL AGENTE DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO: Autorizo a mi agente a donar mis órganos, tejidos y partes, a dar permiso para una autopsia y dirigir la eliminación de mis restos, a excepción de lo que estipule aquí o en la Parte 3 de este formulario:

(Añada hojas adicionales si las necesita).

(1.6) NOMINACIÓN DE TUTOR LEGAL: Si un tribunal tiene que nombrar un tutor para mí, nomino al agente que designé en este formulario. Si el agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como tutor, nomino a los agentes alternativos que nombré, en el orden en el que los designé.

PARTE 2
INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si completa esta parte del formulario, puede tachar cualquier texto con el que no esté de acuerdo.

(2.1) DECISIONES SOBRE EL FINAL DE LA VIDA: Ordeno que mis proveedores de atención médica y otras personas que participen en mi atención ejecuten la provisión, retención y retiro del tratamiento de acuerdo con la decisión que he marcado a continuación:

(a) Decisión de no prolongar la vida

No deseo que se prolongue mi vida si (1) tengo una afección incurable e irreversible que causará mi muerte en un periodo relativamente corto; (2) quedo inconsciente y, con una certeza médica razonable, no recobraré la consciencia, o (3) los probables riesgos y cargas del tratamiento serían más que los beneficios esperados.

(b) Decisión de prolongar la vida

Deseo que se prolongue mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de estándares generalmente aceptados de atención médica.

(2.2) ALIVIO DEL DOLOR: A excepción de lo que estipule en el siguiente espacio, ordeno que se me proporcione tratamiento para el alivio del dolor o de la incomodidad en todo momento, incluso si acelera mi muerte:

(Añada hojas adicionales si las necesita).

(2.3) OTROS DESEOS: (Si no está de acuerdo con ninguna de las opciones arriba y desea escribir las suyas, o si quiere agregar algo a las instrucciones que ya proporcionó, puede hacerlo aquí). Ordeno lo siguiente:

(Añada hojas adicionales si las necesita).

PARTE 3
DONACIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y PARTES TRAS EL FALLECIMIENTO (OPCIONAL)

(3.1) [] Después de mi muerte, dono mis órganos, tejidos y partes (marque la casilla para indicarlo). Al marcar la casilla anterior, y sin perjuicio de mi elección en la Parte 2 de este formulario, autorizo a mi agente a dar el consentimiento en cualquier procedimiento médico temporal exclusivamente para evaluar o mantener mis órganos, tejidos y partes con el propósito de la donación.

Mi donación será destinada a los siguientes propósitos (tache si desea rechazar alguno):

- (a) Trasplante
(b) Terapia
(c) Investigación
(d) Educación

Si quiere restringir de alguna manera la donación de un órgano, tejido o parte, estipule esta restricción en los siguientes renglones:

El dejar esta parte en blanco no significa la negativa a donar. Se debe seguir mi registro de donante autorizado por el estado o, si no hay ninguno, mi agente puede hacer una donación cuando muera. Si no designé a ningún agente, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome tal decisión en mi nombre. (Para establecer cualquier limitación, preferencia o instrucción con respecto a la donación, utilice los renglones anteriores o hágalo en la Sección 1.5 de este formulario).

PARTE 4
MÉDICO PRIMARIO
(OPCIONAL)

(4.1) Designo al siguiente médico como mi médico primario:

(nombre del médico)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono)

OPCIONAL: Si el médico que designé arriba no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico primario, designo al siguiente médico como mi médico primario:

(nombre del médico)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono)

PARTE 5

(5.1) EFECTO DE LA COPIA: La copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original. (5.2) FIRMA: Firme y feche el formulario aquí:

(5.2) FIRMA: Firme y feche el formulario aquí:

(fecha)

(firme con su nombre)

(dirección)

(nombre en letra de molde)

(ciudad) (estado)

(5.3) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta directiva anticipada de atención médica o que la identidad de la persona me fue probada mediante evidencia convincente; (2) que la persona firmó o reconoció esta directiva anticipada en mi presencia; (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no está bajo coacción, fraude o influencia indebida; (4) que no soy una persona designada como agente por esta directiva anticipada, y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de un centro de atención comunitaria, un empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, el operador de un centro de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para ancianos.

Primer testigo

Segundo testigo

(nombre en letra de molde)

(nombre en letra de molde)

(dirección)

(dirección)

(ciudad) (estado)

(ciudad) (estado)

(firma del testigo)

(firma del testigo)

(fecha)

(fecha)

(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS: Al menos uno de los testigos debe firmar la siguiente declaración también:

Además, declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no tengo parentesco consanguíneo, ni tengo relación de matrimonio ni adopción con la persona que ejecuta estas directivas médicas anticipadas y, según mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte en la herencia de la persona luego de su muerte en virtud de un testamento ya existente o por ministerio de la ley.

(firma del testigo)

(firma del testigo)

PARTE 6
REQUISITO DE TESTIGO ESPECIAL

(6.1) La siguiente declaración es necesaria solo si usted es paciente en un centro de enfermería especializada, es decir, un centro de atención médica que brinda los siguientes servicios básicos: atención de enfermería especializada y atención de apoyo para pacientes cuya necesidad principal es la disponibilidad de atención de enfermería especializada durante un período prolongado. El defensor del paciente o defensor del pueblo debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DEL PACIENTE O DEFENSOR DEL PUEBLO

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que soy el defensor del paciente o defensor del pueblo designado por el Departamento Estatal del Envejecimiento y que estoy cumpliendo como testigo según lo determina la Sección 4675 del Código Testamentario.

(fecha)

(firme con su nombre)

(dirección)

(nombre en letra de molde)

(ciudad) (estado)

RECONOCIMIENTO

El escribano público u otro funcionario que completa este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al cual se adjunta el certificado, y no la veracidad, precisión o validez del documento.

Estado de California,
Condado de _____

El _____ ante mí, _____
(inserte nombre y cargo del funcionario)

compareció presencialmente _____

y me demostró sobre la base de pruebas satisfactorias que era la persona cuyo nombre está suscrito en el instrumento, y reconoció ante mí que ejecutó el presente en virtud de sus facultades autorizadas, y que, por su firma en el instrumento, la persona o la entidad en nombre de la cual las personas actuaron, ejecutó el instrumento.

Certifico bajo PENA DE PERJURIO, conforme a las leyes del estado de California, que el párrafo precedente es preciso y verdadero.

EN FE DE LO CUAL, coloco mi firma y mi sello oficial.

Firma _____ (SELLO)