



State of Wisconsin

Department of Health Services

Instrucciones para completar el formulario de poder notarial para atención médica Instructions to Complete the Power of Attorney for Health Care Form

A quien pueda interesar:

Adjunto se encuentra el formulario de poder notarial para atención médica que solicitó. El formulario de poder notarial para atención médica permite que los adultos en Wisconsin autoricen a otras personas (llamadas agentes de atención médica) a tomar decisiones de atención médica en su nombre en caso de que la persona quede incapacitada. También se puede usar para hacer o rechazar hacer una donación anatómica (donación de todo o parte del cuerpo para que surta efecto tras la muerte del donante).

Asegúrese de leer las seis (6) páginas del formulario detenidamente y entenderlo antes de completarlo y firmarlo. Hable con aquellas personas que seleccione como su agente de atención médica y como agente de atención médica alternativo sobre sus ideas y creencias sobre el tratamiento médico. Ni su proveedor de atención médica, ni un empleado de un centro de atención médica en el que usted sea paciente, ni el cónyuge de ninguna de esas personas pueden ser el agente de atención médica o el agente de atención médica alternativo, a menos que él o ella también sea su pariente.

Se requieren dos testigos. Los testigos deben tener por lo menos 18 años de edad, no estar relacionados con usted por sangre, matrimonio, pareja de hecho o adopción, y no ser directamente responsables financieramente de su atención médica. Un testigo no puede ser un proveedor de atención médica que lo atiende en el momento en que se firma el documento ni un empleado del proveedor de atención médica a menos que el empleado sea un capellán o trabajador social. Un testigo no puede ser un empleado en un centro de atención médica para pacientes internados en el que usted sea un paciente, a menos que el empleado sea un capellán o trabajador social. Un testigo no puede ser su agente de atención médica ni tener un reclamo sobre ninguna parte de su patrimonio. Los testigos válidos que actúen de buena fe son inmunes a la responsabilidad civil o penal.

Se puede guardar un formulario original firmado en el archivo de su médico. Un formulario de poder notarial firmado para atención médica también se puede guardar en un lugar seguro, con fácil acceso hasta que se necesite. Debe informar a sus familiares y amigos que ha creado un poder notarial para la atención médica y dejarle saber el lugar donde está guardado. A los familiares y amigos también se les debe decir a quién seleccionó como el agente de atención médica y el agente de atención médica alterno. El documento puede, pero no es obligatorio, ser archivado para su custodia, por una tarifa, en la oficina del registro de sucesiones de su condado de residencia. La tarifa por archivar en el registro de sucesiones (Register in Probate) ha sido establecida por ley estatal en \$8.00. Se presume que un poder notarial para atención médica que es un formulario original firmado o una fotocopia legible o una copia electrónica de fax es válido. Si tiene un poder notarial para la atención médica y una declaración a los médicos, las disposiciones de un poder notarial válido para la atención médica sustituyen a cualquier disposición directamente contradictoria de una declaración válida a los médicos.

Una copia del formulario de poder notarial para atención médica está disponible de forma gratuita para cualquier persona que envíe un sobre sellado, con su dirección y tamaño comercial a: Power of Attorney, Division of Public Health, P.O. Box 2659, Madison, Wisconsin 53701-2659. Puede hacer copias adicionales del formulario en blanco que reciba de la Division of Public Health. El formulario también está disponible en la página web del Department of Health Services, <https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/index.htm>.

Definiciones “Departamento” se refiere al Departamento de Servicios de Salud. “Atención médica” se refiere a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la afección física o mental de una persona. “Decisión de atención médica” se refiere a una decisión informada durante el ejercicio del derecho a aceptar, mantener, suspender o rechazar la atención médica. “Centro de atención médica” se refiere a un centro, según se define en el Estatuto Estatal 647.01 (4), o cualquier hospital, residencia para personas mayores, centro residencial comunitario, hogar del condado,

enfermería del condado, hospital del condado, centro de salud mental del condado, sanatorio para la tuberculosis u otro lugar autorizado o aprobado por el departamento en virtud de los Estatutos Estatales 49.70, 49.71, 49.72, 50.02, 50.03, 50.35, 51.08, 51.09, 58.06, 252.073 o 252.076 o un centro en virtud de las secciones 45.365, 51.05, 51.06, 233.40, 233.41, 233.42 o 252.10. “Proveedor de atención médica” se refiere a un enfermero acreditado o autorizado conforme al capítulo 441 de los Estatutos Estatales, un quiropráctico acreditado conforme al capítulo 446, un dentista acreditado conforme al capítulo 447, un médico, podólogo o fisioterapeuta acreditado o un terapeuta ocupacional o asistente de terapia ocupacional acreditado conforme al capítulo 448, una persona especialista en el tratamiento de la ciencia cristiana, un optometrista acreditado conforme al capítulo 449, un psicólogo acreditado conforme al capítulo 455, una sociedad de los mismos, una corporación de los mismos que brinda servicios de atención médica, un plan cooperativo operativo de atención por enfermedad constituido de acuerdo a los Estatutos Estatales 185.981 al 185.985 que brinda servicios de manera directa a través de empleados asalariados en su propio centro o una agencia de atención médica a domicilio, según se define en el Estatuto Estatal 50.49 (1) (a). “Incapacidad” se refiere al impedimento para recibir y evaluar información de manera efectiva o de comunicar decisiones en tal medida que el individuo carece de la capacidad para gestionar sus decisiones de atención médica. “Sonda de alimentación” se refiere a un tubo médico a través del cual se administra nutrición o hidratación a la vena, estómago, nariz, boca u otra abertura del cuerpo del declarante.

¿Quién puede firmar un Poder para atención médica? Una persona en pleno uso de sus facultades mentales y que haya cumplido 18 años puede firmar de manera voluntaria un Poder para atención médica. Se presume que una persona a la que se le ha declarado incompetente y se le ha designado un tutor en virtud del capítulo 54 del Estatuto Estatal no está en pleno uso de sus facultades mentales.

Procedimiento para firmar un poder notarial para atención médica El interesado (la persona que crea el poder notarial para la atención médica) y los testigos deben firmar el formulario al mismo tiempo.

¿Cuándo entra en vigencia el poder notarial para atención médica? A menos que se especifique lo contrario en el instrumento (formulario) de poder notarial para atención médica, el poder notarial para atención médica de una persona entra en vigencia cuando dos médicos determinen su incapacidad, tal como se define en el Wis.Stat 448.01 (5), o bien, un médico y un psicólogo con licencia, tal como se define en el Wis.Stat 455.01 (4), que personalmente examina al interesado y firma una declaración que especifica que el interesado está incapacitado. La mera vejez, la excentricidad o la discapacidad física, ya sea de forma individual o conjunta, son insuficientes para determinar una incapacidad. Ninguna de las personas que determinan un hallazgo de incapacidad puede ser pariente del interesado ni tener conocimiento de que él o ella tiene derecho o tiene un reclamo sobre ninguna parte del patrimonio del interesado. Una copia de la declaración, si se hace, se adjuntará al instrumento de poder notarial para la atención médica.

Revocación El interesado puede revocar su poder notarial para atención médica y anular el instrumento de poder notarial para atención médica en cualquier momento mediante cualquiera de las siguientes acciones: cancelar, desfigurar, borrar, quemar, desgarrar o destruir el instrumento de poder notarial para atención médica o dirigir a otra persona para que destruya el instrumento de poder notarial para atención médica en presencia del interesado; ejecutar una declaración, por escrito, que esté firmada y fechada por el interesado, expresando la intención del interesado de revocar el poder notarial legal para atención médica; Expresando verbalmente la intención del interesado de revocar el poder notarial para la atención médica en presencia de dos testigos; o, ejecutando un instrumento de poder notarial para atención médica. El proveedor de atención médica del interesado deberá, tras la notificación de la revocación del instrumento de poder notarial para atención médica del interesado, registrar en el registro médico del interesado la hora, la fecha y el lugar de la revocación además de la hora, la fecha y el lugar, si es diferente, de la notificación sobre la revocación al proveedor de atención médica.

Inmunidades Ningún centro de atención médica ni proveedor de atención médica puede ser acusado de un delito, ser considerado civilmente responsable o ser acusado de conducta no profesional por cualquiera de los siguientes: certificar incapacidad bajo el Wis.Stat 155.05 (2), si la certificación se realiza de buena fe y basada en un examen minucioso al interesado; dejar de cumplir con un instrumento de poder notarial para la atención médica o con la decisión de un agente de atención médica, excepto que la falta a cumplir de un médico constituya una conducta no profesional si el médico se niega o no hace un intento de buena fe para transferir al interesado a otro médico el cual cumplirá; cumplir, en ausencia del conocimiento real de una revocación, con los términos de un instrumento de poder notarial para atención médica que cumpla con el Wis.Stat. Chapter 155; cumplir con la decisión de un agente de atención médica hecha bajo un poder notarial para atención médica que cumple con el Wis.Stat. Chapter 155; actuar en contra o no actuar en caso de la revocación de un poder notarial para la atención médica, a menos que el centro de atención médica o el proveedor de atención médica tengan conocimiento real de la revocación; o, en caso de no obtener la decisión de atención médica para el interesado de parte del agente de atención médica del interesado, si el centro de atención médica o el proveedor de atención médica ha hecho un intento razonable de comunicarse con el agente de atención médica y obtener la decisión pero no ha podido hacerlo. Ningún agente de atención médica puede ser acusado de un delito o ser considerado civilmente responsable de tomar una decisión de buena fe en virtud de un instrumento de poder notarial para atención médica que cumpla con el Wis.Stat. Chapter 155. Ningún agente de atención médica que no sea el cónyuge del interesado puede ser considerado personalmente

responsable de los bienes o servicios adquiridos o contratados por un instrumento de poder notarial para la atención médica.

Provisiones generales La toma de una decisión de atención médica en nombre del interesado bajo el instrumento de poder notarial para atención médica del interesado, no constituye, en ningún caso, un suicidio. No se puede exigir a ninguna persona que ejecute un poder notarial para la atención médica como condición para recibir atención médica o admisión a un centro de atención médica. Ningún seguro puede negarse a pagar por los bienes o servicios cubiertos por la póliza de seguro del interesado únicamente porque la decisión de usar los bienes o servicios fue tomada por el agente de atención médica del interesado.

Importante:

Tiene que mantener juntas las páginas del 1 al 6 del formulario como su documento ejecutado. Las copias distribuidas a los proveedores de atención médica, etc. tienen que incluir las páginas del 1 al 6.

**PODER PARA EL AVISO DEL DOCUMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA A LA PERSONA QUE HACE ESTE DOCUMENTO**

**(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE DOCUMENT
NOTICE TO PERSON MAKING THIS DOCUMENT)**

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. No se le puede brindar atención médica si no lo desea, y no se puede suspender la atención médica necesaria si usted se opone.

Debido a que sus proveedores de atención médica en algunos casos pueden no haber tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, a menudo no están familiarizados con sus creencias y valores, ni con los detalles de sus relaciones familiares. Esto plantea un problema si usted fuera física o mentalmente incapaz de tomar decisiones sobre su atención médica.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal para especificar a la persona que desea que tome las decisiones de atención médica por usted si usted no puede tomar esas decisiones personalmente. Esa persona es conocida como su representante de atención médica. Debe tomarse un tiempo para analizar sus pensamientos y creencias sobre el tratamiento médico con la persona o las personas que ha especificado. Puede indicar en este documento cualquier tipo de atención médica que desee o no desee, y puede limitar la facultad de su representante de atención médica. Si su representante de atención médica desconoce sus deseos con respecto a una decisión de atención médica en particular, se le solicitará que determine qué sería lo más beneficiosos para usted al tomar la decisión.

Este es un documento legal importante. Le otorga a su representante amplias facultades para tomar decisiones de atención médica por usted. Revoca cualquier poder previo para atención médica que usted haya realizado. Si desea cambiar su poder para atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento destruyéndolo, ordenando a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito y con fecha o indicando que se ha revocado en presencia de dos testigos. Si revoca el documento, debe notificar a su representante, a los proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a la que le haya entregado una copia. Si su representante es su cónyuge o su pareja doméstica y su matrimonio se ha anulado, o si está divorciado o la relación con su pareja doméstica se termina después de firmar este documento, el documento no es válido.

También puede usar este documento para aceptar o negarse a hacer una donación de órganos después de su muerte. Si usa este documento para aceptar o negarse a hacer una donación de órganos, este documento revoca cualquier registro o donación anterior que pueda haber hecho. Puede revocar o cambiar cualquier donación de órganos que haga mediante este documento, tachando la disposición de donaciones de órganos en este documento.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente. Se sugiere que guarde el original de este documento en el archivo de su médico u otro proveedor de atención primaria.

PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA
(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)

El documento se formaliza a los _____ días de _____ (mes) de _____ (año).

CREACIÓN DEL PODER PARA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____

(nombre en letra de imprenta, dirección y fecha de nacimiento),

en pleno uso de mis facultades mentales, tengo la intención de crear un poder para atención médica mediante el presente documento. Mi firma en este poder para atención médica es voluntaria. A pesar de la creación de este poder para atención médica, espero estar completamente informado y que se me permita participar en toda decisión de atención médica para mí, en la medida de lo posible. Para los fines de este documento, “decisión de atención médica” se refiere a una decisión informada de aceptar, mantener, interrumpir o rechazar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar mi afección física o mental.

Además, puedo, mediante este documento, especificar mis deseos con respecto a hacer una donación de órganos tras mi fallecimiento.

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Si ya no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, debido a mi incapacidad, por el presente designo a _____

(nombre en letra de imprenta, dirección y número de teléfono) para que sea mi representante de atención médica con el fin de tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Si él o ella alguna vez no puede o no quiere hacerlo,

por el presente designo a _____

(nombre en letra de imprenta, dirección y número de teléfono)

para que sea mi representante de atención médica alternativo con el fin de tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Ni mi representante de atención médica ni mi representante de atención médica alternativo, a quienes he designado, son mis proveedores de atención médica, empleados de mi proveedor de atención médica, empleados de un centro de atención médica en el que soy un paciente ni cónyuges de cualquiera de esas personas, a menos que él o ella también sea mi pariente. Para los fines de este documento, existe “incapacidad” si dos médicos o un médico y un psicólogo, enfermero practicante o auxiliar médico que me hayan examinado personalmente firman una declaración que exprese de forma específica su opinión de que tengo una afección que implica que no puedo recibir ni evaluar información de manera eficiente o comunicar decisiones de tal manera que carezco de capacidad para administrar mis decisiones de atención médica. Debe adjuntarse a este documento una copia de esa declaración.

DECLARACIÓN GENERAL DE FACULTAD OTORGADA

A menos que haya especificado lo contrario en este documento, si alguna vez tengo una incapacidad, indico a mi proveedor de atención médica que obtenga la decisión de atención médica de parte de mi representante de atención médica, en caso de necesitar tratamiento, para toda mi atención médica y tratamiento. He analizado exhaustivamente mis deseos con mi representante de atención médica y creo que él o ella entiende mi filosofía con respecto a las decisiones de atención médica que tomaría si fuera capaz de hacerlo. Quiero que mis deseos se cumplan mediante la facultad otorgada a mi representante de atención médica en virtud de este documento.

Si, debido a mi incapacidad, no puedo tomar una decisión de atención médica, se le indicó a mi representante de atención médica que tome la decisión de atención médica por mí, pero mi representante de atención médica debería tratar de hablar conmigo sobre la atención médica propuesta específica si puedo comunicarme de cualquier manera, incluso parpadeando. Si no se puede hacer esta comunicación, mi agente de atención médica debe basar su decisión en cualquier elección de atención médica que haya expresado antes del momento de la decisión. Si no he expresado una elección de atención médica sobre la atención médica en cuestión y no se puede hacer la comunicación, mi representante de atención médica basará su decisión de atención médica en lo que él o ella crea que es más beneficioso para mí.

LIMITACIONES EN EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Mi representante de atención médica no puede ingresarme ni internarme en forma hospitalaria en una institución para enfermedades mentales, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual, un centro de tratamiento estatal o un centro de tratamiento. Mi representante de atención médica no puede dar mi consentimiento para investigación experimental en materia de salud mental o la psicocirugía, el tratamiento electroconvulsivo ni procedimientos de tratamiento de salud mental drásticos para mí.

ADMISIÓN EN RESIDENCIAS O CENTROS RESIDENCIALES COMUNITARIOS

Mi representante de atención médica puede ingresarme a una residencia de ancianos o un centro residencial comunitario para estancias de corta duración con fines de recuperación o atención de relevo.

Si marqué “Sí” para las siguientes opciones, mi representante de atención médica puede ingresarme para un fin que no sea atención de recuperación o de relevo, pero si marqué “No”, mi representante de atención médica no podrá hacerlo:

1. Una residencia para personas mayores Sí No
2. Un centro residencial comunitario Sí No

Si no marqué “Sí” o “No” en las opciones anteriores, mi representante de atención médica puede ingresarme solo para estancias de corta duración con fines de atención de recuperación o de relevo.

SUMINISTRO DE UNA SONDA

Si marqué "Sí" a la siguiente opción, mi representante de atención médica puede suspender el uso o retirarme la sonda de alimentación, a menos que mi médico, auxiliar médico o enfermero practicante haya informado que, según su criterio profesional, esto me causará dolor o reducirá mi comodidad. Si marqué "No" a la siguiente opción, mi representante de atención médica no puede suspender el uso o retirarme la sonda de alimentación.

Mi representante de atención médica no puede retirarme la nutrición o hidratación ingeridas por vía oral a menos que el suministro de la nutrición o hidratación esté médicamente contraindicado.

Retirar una sonda de alimentación Sí No

Si no marqué "Sí" o "No" en las opciones anteriores, mi representante de atención médica no puede retirarme la sonda de alimentación.

DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES EMBARAZADAS

Si marqué "Sí" a la siguiente opción, mi representante de atención médica puede tomar decisiones de atención médica por mí, incluso si sabe que estoy embarazada. Si marqué "No" a la siguiente opción, mi representante de atención médica no puede tomar decisiones de atención médica por mí si sabe que estoy embarazada.

Decisión de atención médica si estoy embarazada Sí No

Si no marqué "Sí" o "No" en las opciones anteriores, mi representante de atención médica no puede tomar decisiones de atención médica por mí si sabe que estoy embarazada.

DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES O LIMITACIONES ESPECIALES

Al ejercer la facultad en virtud de este documento, mi representante de atención médica actuará de manera coherente con mis siguientes deseos declarados, si los hubiere, y está sujeto a cualquier disposición o limitación especial que yo especifique. Los siguientes son algunos deseos, disposiciones o limitaciones específicos que deseo establecer (agregue más elementos, si es necesario):

1. _____
2. _____
3. _____

INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA A MI SALUD FÍSICA O MENTAL

Sujeto a cualquier limitación en este documento, mi representante de atención médica tiene la facultad para realizar las siguientes acciones:

- a) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, oral o escrita, sobre mi salud física o mental, incluida la historia clínica y los registros hospitalarios.
- b) Ejecutar en mi nombre cualquier documento que pueda ser necesario para obtener esta información.
- c) Dar su consentimiento para la divulgación de esta información.

(El mandante y los testigos deben firmar el documento al mismo tiempo).

FIRMA DEL MANDANTE

(Persona encargada de la creación del Poder para atención médica)

Firma _____ Fecha _____

(La firma de este documento por parte del mandante revoca todos los poderes previos para documentos de atención médica).

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Conozco al mandante personalmente y creo que está en pleno uso de sus facultades mentales y que tiene al menos 18 años de edad. Creo que su ejecución de este poder para atención médica es voluntaria. Tengo al menos 18 años de edad, no tengo con el mandante parentesco de sangre, relación matrimonial, relación de pareja doméstica ni de adopción, y no soy responsable financieramente en forma directa de su atención médica. No soy un proveedor de atención médica que esté atendiendo al mandante en este momento, un empleado del proveedor de atención médica, que no sea un capellán o un trabajador social, ni un empleado, que no sea un capellán o un trabajador social, de un centro de atención médica para pacientes hospitalizados en el que el declarante sea un paciente. No soy el representante de atención médica del mandante. A mi leal saber y entender, no tengo derecho ni reclamo sobre el patrimonio del mandante.

Testigo número 1

Nombre (en letra de imprenta) _____ Date _____

Dirección _____

Firma _____

Testigo número 2

Nombre (en letra de imprenta) _____ Date _____

Dirección _____

Firma _____

**DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA Y DEL
REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA ALTERNATIVO**

Comprendo que _____ (nombre del mandante) me ha designado como su representante de atención médica o representante de atención médica alternativo si alguna vez se descubre que tiene incapacidad y no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo o misma

_____ (nombre del mandante)
analizó conmigo sus deseos sobre las decisiones de atención médica.

Firma del representante _____

Dirección _____

Firma del representante alternativo _____

Dirección _____

La falta de ejecución de un documento de poder de atención médica en virtud del capítulo 155 de los Estatutos de Wisconsin no crea ninguna presunción acerca de la intención de cualquier persona con respecto a sus decisiones de atención médica.

Este poder para atención médica se ejecuta según lo dispuesto en el capítulo 155 de los Estatutos de Wisconsin.

DONACIONES DE ÓRGANOS (opcional)

A mi fallecimiento:

Deseo donar solo los siguientes órganos o partes: (especifique los órganos o partes).

Deseo donar cualquier órgano o parte necesarios.

Deseo donar mi cuerpo para un estudio anatómico, si es necesario.

Me niego a hacer una donación de órganos. (Si el presente revoca un compromiso previo que hice para hacer una donación de órganos a un donatario designado, intentaré notificar al donatario a quien acepté hacerle una donación).

El hecho de no marcar ninguna de las líneas inmediatamente anteriores no crea ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o negarme

Firma _____ Fecha _____