

**El Centro médico de la Universidad de Pittsburgh (UPMC)**

**Formular decisiones anticipadas sobre cuidado  
médico (Instrucciones anticipadas)  
Tomar decisiones en cuanto a su cuidado y tratamiento:  
Sus derechos como paciente en Pennsylvania**

**Introducción**

*El siguiente resumen detallado de la ley de Pennsylvania en cuanto a los testamentos en vida y los poderes notariales duraderos fue elaborado por los departamentos de Bienestar Público, Salud y Envejecientes de Pennsylvania.*

En Pennsylvania, los adultos capacitados tienen derecho a decidir si desean aceptar, rechazar o discontinuar el cuidado médico y tratamiento que se les esté proporcionando. Si no desea someterse a un procedimiento determinado o recibir cierto tratamiento, tiene derecho a comunicar su voluntad al médico u otro encargado de proporcionarle atención médica, y, en general, tiene derecho a que sus decisiones sean respetadas.

Sin embargo, pueden darse ocasiones en las que una persona no pueda comunicarle sus decisiones al encargado de proporcionar atención médica. Por ejemplo, una persona se puede encontrar inconsciente o demasiado malherida para decirle a su médico qué clase de cuidado o tratamiento le gustaría recibir o bajo qué circunstancias el médico debería discontinuar tratamiento o cuidado médico.

El propósito de este documento es hacerle saber lo que la ley dice actualmente sobre sus derechos como adulto capacitado para comunicarle al presente a otras personas si y cómo desearía recibir atención médica y tratamiento de los proveedores de atención sanitaria en caso de que necesite dicha atención pero se encuentre física o mentalmente incapacitado para dar instrucciones. Este documento también contiene información sobre lo que la ley de Pennsylvania tiene que decir respecto al deber de los proveedores de servicios médicos en seguir las instrucciones que usted haya establecido por adelantado.

Con el fin de hacer más fácil la comprensión de estos temas, los hemos dispuesto en forma de una serie de preguntas y respuestas. Antes de tomar cualquier decisión sobre los puntos que trata este documento, debería consultarlos con su médico, familiares, y, en caso necesario, con su abogado.

**Información general sobre sus derechos**

**1. ¿Qué derechos tengo para aceptar, rechazar o discontinuar atención médica o tratamiento?**

En Pennsylvania, los adultos, por norma general, tienen derecho a decidir si desean aceptar, rechazar o discontinuar cuidado médico y tratamiento.

**2. ¿Qué es lo que mi médico tiene que decirme sobre mi cuidado y tratamiento?**

Su médico debería proporcionarle toda la información que una persona en su situación razonablemente quisiera saber para tomar una decisión informada sobre un propuesto procedimiento o curso de un tratamiento. Esto significa que su médico debería informarle los riesgos y beneficios del procedimiento médico o curso de tratamiento que recomienda, los posibles efectos secundarios, y las alternativas, si existen, al mencionado procedimiento o tratamiento. Usted puede aceptar o rechazar el consejo de su médico, y buscar una segunda opinión.

**3. ¿Tiene que comunicarme el encargado de proporcionarme atención médica si honrará mi voluntad?**

Sí. La ley le ordena al encargado de proporcionarle cuidado médico (hospital, clínica de reposo, cuidado médico a domicilio, hospicio u organización de mantenimiento de la salud) que le provea una declaración escrita de su política. Por ejemplo, tras ser admitido en un hospital, al paciente se le debe informar si el hospital no honrará su deseo de discontinuar la sustentación por agua y comida bajo ciertas circunstancias.

**4. Si me encuentro física o mentalmente discapacitado para tomar una decisión sobre mi cuidado médico o tratamiento, ¿qué puedo hacer al presente para garantizar que se respetará mi voluntad más adelante?**

No existe ley en Pennsylvania que garantice que un proveedor de cuidados médicos seguirá sus instrucciones en toda circunstancia. Sin embargo, existen pasos que puede seguir para expresar su voluntad sobre tratamiento futuro. Uno de estos pasos es redactar y firmar un documento de instrucciones anticipadas (advance directives).

**5. ¿Qué es un documento de “instrucciones anticipadas”?**

Las instrucciones anticipadas son un documento que puede utilizar bajo circunstancias determinadas para comunicarle a los demás qué cuidado desea recibir o no recibir si se encuentra incapacitado para expresar sus deseos en un futuro. Las instrucciones anticipadas pueden tomar varias formas. En Pennsylvania, hay dos tipos específicamente autorizados: (1) “testamento en vida” (también llamado “instrucciones anticipadas de atención médica”) y (2) “poder notarial duradero” para cuidado médico.

## **Testamentos en vida**

**6. ¿Qué es un “testamento en vida”?**

En Pennsylvania, un testamento en vida es un documento escrito que describe la clase de “tratamiento de prolongación de la vida” que desea o no desea en caso de encontrarse incapacitado para informarle a su médico que clase de tratamiento quiere recibir. Es importante que sepa que la ley de Pennsylvania sobre testamentos en vida no reconoce todos los tipos de instrucciones que puedan estar contenidas en éstos. Normalmente, estas instrucciones están relacionadas a situaciones en las que el tratamiento médico sólo serviría para prolongar el proceso de la muerte o para mantener a un paciente en un estado de inconsciencia permanente. Por lo tanto, Pennsylvania no reconoce específicamente testamentos en vida que ordenen a los proveedores de servicios de salud a rehusar proporcionarle cuidado médico beneficioso y provechosa. Asimismo, debe comprender que un testamento de vida no es un testamento corriente. Este último establece ante los herederos la voluntad del difunto respecto a la distribución de sus bienes.

**7. ¿Quién puede redactar un testamento en vida?**

Cualquier persona capacitada que (1) tenga al menos 18 años, (2) tenga un certificado de escuela secundaria/superior o (3) sea casado puede redactar un testamento en vida.

**8. ¿Cuándo entra en vigor un testamento en vida?**

Un testamento en vida entra en vigor únicamente cuando (1) su médico tenga una copia; y (2) su médico haya decidido que usted se encuentra “incompetente” para tomar decisiones sobre el cuidado médico que quiere recibir; y (3) su médico y un segundo doctor hayan determinado que usted se encuentra en una “condición terminal” o en un “estado de inconsciencia permanente”.

**9. ¿Qué quiere decir estar “incapacitado”?**

“Incapacitado” significa “falta de capacidad suficiente de una persona para tomar o comunicar decisiones que le conciernen”. La ley permite a su médico decidir si usted se encuentra incapacitado para propósitos de implementar un testamento en vida y no precisa de un juez para tomar esta decisión.

**10. ¿Qué debería contener mi testamento en vida?**

No hay una manera única de redactar un testamento en vida. El suyo puede tener instrucciones adicionales o diferentes de las que aparecen en el formulario del testamento en vida anexo a este libreto. Sin embargo, su testamento en vida no será válido a menos que haya tomado los siguientes pasos:

- (1) Debe firmar su testamento en vida. Si no puede hacerlo, deberá tener a alguien que firme por usted; y
- (2) Dos personas mayores de 18 años deben firmar su testamento en vida como testigos. Ninguno de esos testigos puede ser la persona que firmó su testamento en vida si no le fué posible firmar a usted mismo.

Es una buena idea fechar el testamento, aunque la ley no lo requiere.

**11. *¿Qué ocurre si ya dispongo de un testamento en vida?***

La ley de Pennsylvania sobre testamentos en vida entró en vigor el 16 de abril de 1992. Debería revisar cualquier testamento de vida redactado antes de esta fecha para comprobar si cumple las dos disposiciones descritas en la respuesta de la pregunta 10.

**12. *¿A quién debería entregar mi testamento en vida?***

Debería darle una copia de su testamento en vida a su médico, hospital, clínica de reposo u otra institución que proporcione cuidado médico. Cuando se registre en un hospital o clínica de reposo, la ley dispone que el médico u otro encargado sanitario debe preguntar si tiene instrucciones anticipadas. Si entrega una copia de su testamento de vida a su médico u otra institución médica, este documento se debe incorporar a su expediente médico.

**13. *¿Qué ocurre si mi médico o institución médica se niegan a seguir las instrucciones de mi testamento en vida?***

Tanto su médico como cualquier otro proveedor de servicios médicos deben informarle si no pueden, a conciencia, cumplir su voluntad o si la política de la institución les prohíbe hacerlo. Ésta es una razón por la que debería darle una copia del testamento en vida a su médico o a aquellos a cargo de su cuidado médico y tratamiento.

Si se encuentra discapacitado cuando sea admitido para cuidado médico y ha nombrado a alguien en su testamento en vida para tomar decisiones por usted, deberá informarse a la persona delegada si no es posible honrar la voluntad contenida en dicho testamento. Si no ha nombrado a nadie, se debe informar a su familia, tutor, u otro representante si no es posible honrar su testamento en vida.

El médico u otro proveedor de cuidado médico que indique que no puede cumplir su voluntad deberá ayudar a que le transfieran a otra institución o proveedor de servicios médicos que esté dispuesto a seguir sus instrucciones, si dichas instrucciones recaen dentro de aquellas reconocidas como válidas por el estado de Pennsylvania.

**14. *¿Tiene validez un testamento en vida si estoy embarazada?***

Por lo general, la ley de Pennsylvania no le permite a un médico u otro proveedor de cuidados médicos cumplir el testamento en vida de una mujer embarazada que ha ordenado que no se tomen medidas para mantenerla viva. Es posible observar los términos de este testamento en vida si el médico que atiende la mujer determina que el tratamiento para prolongar la vida (1) no mantendrá a la mujer de forma que permita el desarrollo continuado del bebé y su nacimiento, (2) dañará físicamente a la mujer embarazada, o (3) le cause un dolor que no se pueda remediar con medicación.

Si su testamento en vida no es honrado debido a su estado de embarazo, el Commonwealth de Pennsylvania deberá pagar todos los gastos normales, usuales y razonables de su cuidado.

**15. *¿Qué ocurre si cambio de opinión después de haber redactado un testamento en vida?***

La ley de Pennsylvania sobre testamentos en vida especifica que usted puede revocar un testamento en vida en cualquier momento y de cualquier manera. Todo lo que debe hacer es comunicárselo a su médico o a otra institución médica. Una persona que le haya visto u oído revocarlo también puede comunicar esta información a su médico o proveedor de cuidados sanitarios.

Es posible también cambiar o volver a redactar su testamento en vida. Si usted cambia de opinión después de haber escrito sus instrucciones, debería destruirlas o revocarlas y escribir nuevas. Asimismo, debería considerar informarle a todo aquel que participó en el proceso inicial de decisiones que usted ha cambiado de opinión, y proveerles una copia de las nuevas instrucciones a su médico, institución médica, y a cualquier otra persona que tuviera una copia de sus antiguas instrucciones.

## **Poderes notariales duraderos para cuidado médico**

**16. *¿Qué es un “poder notarial duradero” para cuidado médico?***

Un poder notarial duradero para cuidado médico es un documento que le permite a usted (el “poderdante”) nombrar a otra persona (el “apoderado”) para que tome determinadas decisiones médicas si se encuentra incapacitado para tomarlas usted mismo. La persona que elija como “agente” no tiene que ser abogado. La ley dispone que el agente puede:

- (1) autorizar su admisión en una instalación médica, de reposo, residencial, o de otro tipo;
- (2) acordar cuestiones relativas a su cuidado, y
- (3) autorizar o rechazar procedimientos médicos y quirúrgicos.

El poder de “autorizar procedimientos médicos y quirúrgicos” entiende que su agente puede organizar y consentir por usted a procedimientos médicos, terapéuticos y quirúrgicos, incluyendo la administración de fármacos.

**17. ¿Por qué se llama “poder notarial duradero”?**

Normalmente, un poder notarial se convierte en inválido si usted se ve incapacitado. Un poder notarial duradero en caso de incapacidad. Para ser considerado un “poder notarial duradero” de cuidado médico, el documento debe contener el siguiente o similar lenguaje:

“Este poder notarial no se verá afectado por mi incapacidad subsiguiente.”

-o-

“Este poder notarial entrará en vigor inmediatamente después de que se produzca mi incapacidad”

**18. ¿Cuáles son las diferencias principales entre un testamento en vida y un poder notarial duradero para cuidado médico?**

Éstas son tan sólo algunas de las diferencias entre ambos documentos:

(1) Un poder notarial duradero para cuidado médico, por lo general, nombra a alguien para tomar decisiones de tipo médico por usted sin describir necesariamente cuáles son esas decisiones. Por otro lado, un testamento en vida, a menudo, especifica qué clase de cuidado de prolongación de vida quiere recibir y puede o no nombrar a alguien para tomar decisiones por usted si se encuentra discapacitado y en una condición terminal o estado permanente de inconsciencia. Al contrario que en un poder notarial duradero para cuidado médico, un testamento en vida sólo entra en vigor bajo las situaciones citadas anteriormente.

(2) Un poder notarial duradero para cuidado médico está diseñado para darle a su representante autorización con el fin de tomar todo tipo de decisiones de cuidado médico por usted, tal como el tipo de instalación sanitaria utilizado. Por otra parte, un testamento en vida se utiliza generalmente para comunicarle a la institución encargada de su cuidado el tipo de atención médica y tratamiento que desea o no recibir en caso de que se vea incapacitado para comunicárselo usted mismo por estar discapacitado y en una condición terminal o estado permanente de inconsciencia.

(3) El poder notarial duradero para cuidado médico no establece claramente si la persona designada para tomar decisiones por usted puede rechazar o discontinuar el tratamiento para prolongar su vida. El testamento en vida puede claramente cumplir con ese objetivo.

**19. ¿Puedo tener un poder notarial duradero para cuidado médico y un testamento en vida al mismo tiempo?**

Sí.

**Comentar sus instrucciones con otros**

**20. ¿A quién le debería comentar mis instrucciones antes de ponerlas por escrito?**

Antes de poner por escrito sus instrucciones, puede que quiera comentárselas a su médico, familiares, amigos, u otras personas apropiadas, como un miembro del clero. Si va a redactar un poder notarial duradero para cuidado médico, también debería informarle su voluntad a la persona que vaya a nombrar como agente. De forma similar, si va a redactar un testamento en vida y nombrar a alguien en el documento para que lleve a cabo su voluntad, debería hablarlo con esa persona.

**21. ¿A quién debería entregar mis instrucciones por escrito?**

Debería entregarle las instrucciones por escrito a su médico de familia y, si fuera pertinente, a su hospital, clínica de reposo, u otra institución médica. Asimismo, puede que quiera dar una copia a su familia o cualquier otra persona envuelta en tomar decisiones sobre su cuidado médico.

**22. ¿Qué ocurre si no dejo instrucciones o nombro a una persona que tome decisiones por mí?**

Si se encuentra incapacitado para expresar su voluntad sobre el cuidado médico o el tratamiento y no ha dejado instrucciones o nombrado a una persona que tome decisiones por usted, la institución médica pedirá a su familia o a los tribunales que tomen las decisiones referentes a su cuidado y tratamiento.

**23. ¿Qué ocurre si he expresado mi voluntad sobre tratamientos verbalmente, pero no la he puesto por escrito?**

Las instrucciones verbales que le haya dado a su médico o familia serán seguidas a veces por las instituciones médicas, dependiendo de cómo de detalladas y recientes sean esas instrucciones. Por lo tanto, puede que quiera comunicarle su voluntad sobre tratamiento futuro a su médico personal y a su familia, incluso si elige no firmar cualquier tipo de instrucciones anticipadas.

**24. *¿Estoy obligado a redactar un testamento en vida o un poder notarial duradero para cuidado médico?***

No. La decisión es suya. Según la ley, una institución médica no puede condicionar el cuidado que le proporcione o discriminar contra usted utilizando basado en el hecho de haber o no redactado tal documento. Además, en conformidad con la ley de Pennsylvania, ningún proveedor de cuidados médicos o aseguradora puede cobrar una tasa diferente por este motivo.

**25. *¿Se pueden ejecutar testamentos en vida y poderes notariales duraderos en otros estados que sean reconocidos en Pennsylvania?***

La ley de Pennsylvania no es clara respecto a este punto. Sin embargo, cabe la posibilidad de que su médico, hospital o un juez puedan utilizar estos documentos para determinar quién tomará las decisiones sobre su cuidado y cuáles serán esas decisiones.

**26. *Si tengo más preguntas sobre testamentos en vida o poderes notariales duraderos para cuidado médico, ¿con quién debería ponerme en contacto?***

Además de consultar un abogado, existen otras personas y grupos que le pueden proporcionar información sobre estos documentos. A continuación listamos algunos con los que usted podría consultar:

- (1) Su investigador de quejas local sobre cuidado a largo plazo, con el que se puede poner en contacto llamando a la “Area Agency of Aging” (AAA) de su comunidad. Puede encontrar el teléfono de la AAA en las “páginas azules” de su guía de teléfono.
- (2) Office of the State Long-Term Care Ombudsman  
Pennsylvania Department of Aging  
231 State Street  
Harrisburg, PA 17101-9896  
717-783-7247
- (3) Pennsylvania Council of Aging  
231 State Street  
Harrisburg, PA 17101-9896  
717-783-1924
- (4) The American Association of Retired Persons (AARP)  
225 Market Street  
Harrisburg, PA 17101  
717-238-2277
- (5) The Pennsylvania Medical Society  
Division of Communication and Public Affairs  
77 East Park Drive  
Harrisburg, PA 17105-8820  
717-558-7750

*Por favor notar que la versión traducida de este documento ha sido proporcionada para la conveniencia del paciente. La versión inglesa de este documento deberá considerarse la versión oficial del documento para todo propósito y en todo momento.*

20/10/04

# Testamento en vida

Esta declaración hace referencia a sus instrucciones en lo que respecta a su tratamiento médico.

Tiene derecho a rechazar los tratamientos que no desee, y hacer una petición para obtener el cuidado que sí quiera. Puede redactar una lista especificando los tratamientos que no desee (por ejemplo, reanimación cardiaca, respiración y alimentación artificiales). Si no fuese a sí, la declaración de arriba se tomará como su voluntad. Puede que quiera añadir instrucciones o cuidado que desee recibir (por ejemplo, medicación para aliviar el dolor, o preferencia de morir en casa, si fuese posible). Si lo desea, puede nombrar a alguien que se encargue de que su voluntad se cumpla, pero no es necesario.

Firmar y fechar en este apartado, en presencia de dos testigos adultos, que también deberán firmar.

A mi familia, médicos y a todos aquellos relacionados con mi cuidado:

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración con el fin de que se siga como una instrucción si me veo incapacitado para participar en decisiones que conciernen a mi cuidado médico.

En el caso de que padeciera una condición física o mental incurable o irreversible sin esperanza de recuperación, ordeno a mi médico que suspenda el tratamiento que simplemente prolongue mi vida. Asimismo, ordeno que dicho tratamiento se limite a medidas que me mantengan cómodo y alivien el dolor.

Estas instrucciones expresan mi derecho legal a rechazar tratamiento. Por lo tanto, espero que mi familia, médicos y todos aquel relacionado con mi cuidado se consideren moral y legalmente comprometidos a actuar según mi voluntad, y al hacerlo, estén libres de cualquier responsabilidad legal por haber seguido mis instrucciones.

En especial no deseo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras instrucciones o comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cláusula de designación de apoderado: Si me viera incapacitado para comunicar las instrucciones más arriba indicadas, designo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Si la persona a la que he nombrado arriba no puede actuar en mi nombre, autorizo a la siguiente persona para que lo haga:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Esta declaración de testamento en vida expresa mis preferencias respecto a mi tratamiento personal. El hecho de que también haya redactado un documento de la forma recomendada por la ley estatal no debería ser interpretado para limitar o contradecir esta declaración, que es una expresión de mis derechos constitucionales y jurisprudenciales.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Mantenga el original firmado con sus documentos personales en casa. Entregue fotocopias a los médicos, la familia y el apoderado. Revise su declaración de vez en cuando; ponga sus iniciales y la fecha para mostrar que todavía expresa su voluntad.

Por favor, lea el reverso.

**Elección de apoderado/sustituto que vaya a tomar decisiones**

**Fecha de entrada en vigor**

**Revocación**

**Cambiar el formulario para que cubra sus necesidades**

**Firmar el formulario**

**Qué hacer con el formulario**

## **Instrucciones del testamento en vida**

Se le ha proporcionado este formulario para su conveniencia. Por favor, léalo con atención. Es posible que no cubra sus necesidades o cumpla los requerimientos de su estado (o país). Aún en ese caso, podría dar testimonio de su voluntad si se ve incapacitado para hablar o tomar decisiones por sí mismo sobre su cuidado médico. Puede que quiera pedirle consejo a un abogado antes de firmar este testamento en vida. Este formulario sólo cubre las decisiones respecto al cuidado médico y no le da derecho a su apoderado para tomar decisiones sobre asuntos de su propiedad o negocios.

Elija solamente a una persona en la que confíe para entender y cumplir su voluntad.

Este documento entra en vigor cuando se vea incapacitado para tomar decisiones relacionadas con su cuidado médico, según lo determine el médico. Hasta ese momento, usted retiene el derecho de tomar las decisiones médicas.

Puede cancelar o revocar la autoridad de su apoderado en cualquier momento. Para hacerlo, notifíquese a su apoderado y a la institución médica, preferiblemente por escrito.

Haga cualquier cambio necesario antes de firmar el formulario. Añada cualquier instrucción o comentario que crea que sean necesarios para expresar su voluntad al formulario. Si no tiene ningún comentario o instrucción, escriba "NINGUNO". Evite dejar cualquier apartado en blanco. Tache cualquier parte que no cubra sus necesidades poniendo una única línea a través de la parte que se deba borrar. A continuación escriba sus iniciales y la fecha en la parte eliminada. No utilice marcadores gruesos o corrector (como Liquid Paper o Wite-Out) para borrar apartados. Asegúrese de que sus instrucciones y comentarios sean legibles.

Debería firmar y poner la fecha en el formulario de testamento de vida en presencia de dos testigos adultos. El apoderado o sustitutos no deben firmar como testigos. Algunos estados no permiten que familiares, instituciones médicas u otros sirvan como testigos en esta clase de documentos.

- Conserve el original firmado con sus documentos personales en casa.
- Hable sobre su voluntad con el médico, familia y apoderado.
- Entrégueles fotocopias firmadas del formulario.

Si su voluntad cambia, no trate de alterar el formulario. Es mejor cancelarlo (ver el apartado "Revocación" arriba) y prepare un documento nuevo que especifique con claridad cuál es su voluntad. Debería comentarles a su médico, apoderado y familiares esos cambios.

# Poder notarial duradero para cuidado médico

Yo, \_\_\_\_\_, designo a:

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Teléfono de trabajo*

\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Teléfono de casa*

como mi apoderado o "agente" para que tome decisiones médicas y personales en mi nombre si me veo incapacitado para tomarlas yo mismo. Si la persona arriba indicada no puede servir como agente por cualquier motivo, designo a un sustituto para serlo:

\_\_\_\_\_  
*Nombre* *Teléfono de trabajo*

\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Teléfono de casa*

Este poder notarial duradero para cuidado médico entrará en vigor inmediatamente después de que se produzca mi incapacidad. Le concedo los siguientes poderes a mi agente:

1. Autorizar que me admitan o que me den el alta en cualquier institución médica, casa de reposo, residencia o similares y acuerde mi cuidado.
2. Autorizar, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier tipo de procedimientos médicos y quirúrgicos, cuidado, o tratamiento, incluyendo, pero sin limitarse a, nutrición e hidratación administradas a través de medios artificiales o invasivos.

Le he comentado mis deseos respecto al cuidado médico a mi agente, que seguirá mis instrucciones hasta el grado conocido. Si mi agente no puede determinar lo que yo desearía, entonces deberá tomar una decisión basada en lo que crea que sería en mi mejor interés. Revoco cualquier poder notarial para cuidado médico anterior.

Mi firma, hallada más abajo, indica que entiendo este documento y tengo la intención de que esta concesión de poderes a mi agente sea legalmente vinculante.

\_\_\_\_\_  
(Testigo) (Fecha) (Firma) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo) (Fecha)

Yo, \_\_\_\_\_, he leído el anterior poder notarial duradero para cuidado médico y soy la persona identificada como el agente para \_\_\_\_\_ (el "poderdante"). Mi firma, hallada más abajo, se interpreta como que comprendo y tengo conocimiento de que al actuar como agente:

Ejercitaré los poderes en beneficio del poderdante.

Ejercitaré precaución y prudencia razonables y actuaré por el bien del poderdante.

\_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)

Yo, \_\_\_\_\_, he leído el anterior poder notarial duradero para cuidado médico y soy la persona identificada como el agente sustituto para \_\_\_\_\_ (el "poderdante"). Mi firma, hallada más abajo, se interpreta como que comprendo y tengo conocimiento de al actuar como agente:

Ejercitaré los poderes en beneficio del poderdante.

Tendré precaución y prudencia razonables y actuaré por el bien del poderdante.

\_\_\_\_\_  
(Firma) (Fecha)

**COMMONWEALTH DE PENNSYLVANIA:**  
: SS  
**COUNTY OF:**

Este día, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_, ante mí, el funcionario más abajo firmante, apareció personalmente \_\_\_\_\_, y que según mi conocimiento (o probado satisfactoriamente) es la persona cuyo nombre está suscrito al documento precedente y reconoce que lo ejecutó con el propósito en él contenido.

Quedan como testigo mi mano y sello oficial el día y año anteriormente mencionados.

\_\_\_\_\_  
*Notario público*

## **Instrucciones del poder notarial duradero**

Se le ha proporcionado este formulario por su bien. Por favor, léalo con atención. Es posible que no cubra sus necesidades o cumpla los requerimientos de su estado (o país), incluso si no lo hace, puede que siga dando testimonio de su voluntad si se ve incapacitado para hablar o tomar decisiones por sí mismo sobre su cuidado médico. Puede que quiera pedirle consejo a un abogado antes de firmar este testamento de vida. Este formulario sólo cubre las decisiones respecto al cuidado médico y no le da derecho a su apoderado para tomar decisiones sobre los asuntos de su propiedad o negocios.

### **Elección de agente**

Elija solamente a una persona en la que confíe para entender y cumplir su voluntad.

### **Fecha de entrada en vigor**

Este documento entra en vigor cuando se vea incapacitado para tomar decisiones relacionadas con su cuidado médico, según lo determine el médico. Hasta ese momento, usted tiene el derecho de tomar las decisiones médicas.

### **Revocación**

Puede cancelar o revocar la autoridad de su apoderado en cualquier momento. Para hacerlo, notifíquese a su apoderado y a la institución médica, preferiblemente por escrito.

### **Cambiar el formulario para que cubra sus necesidades**

Haga cualquier cambio necesario antes de firmar el formulario. Añada cualquier instrucción o comentario que crea que sean necesarios para expresar su voluntad al formulario. Si no tiene ningún comentario o instrucción, escriba "NINGUNO". Evite dejar cualquier apartado en blanco.

Tache cualquier parte que no cubra sus necesidades poniendo una única línea a través de la parte que se deba borrar. A continuación escriba sus iniciales y la fecha en la parte eliminada. No utilice marcadores gruesos o corrector (como Liquid Paper o Wite-Out) para borrar apartados.

Asegúrese de que sus instrucciones y comentarios sean legibles.

### **Firmar el formulario**

Debería firmar y poner la fecha en el formulario de testamento de vida en presencia de dos testigos adultos. El apoderado o sustitutos no deben firmar como testigos. Algunos estados no permiten que familiares, instituciones médicas u otros sirvan como testigos en esta clase de documentos.

### **Qué hacer con el formulario**

- Conserve el original firmado con sus documentos personales en casa.
- Hable sobre su voluntad con el médico, familia y apoderado.
- Entréguele fotocopias firmadas del formulario.

Si su voluntad cambia, no trate de alterar el formulario. Es mejor cancelarlo (ver el apartado "Revocación" arriba) y prepare un documento nuevo que especifique con claridad cuál es su voluntad. Debería comentarles a su médico, apoderado y familiares esos cambios.

*Por favor notar que la versión traducida de este documento ha sido proporcionada para la conveniencia del paciente. La versión inglesa de este documento deberá considerarse la versión oficial del documento para todo propósito y en todo momento.*

20/10/04