

Aviso para el individuo que firma el formulario estatutario breve de poder legal para la atención médica. Favor de leer atentamente este aviso.

El formulario que Ud. firmará es un documento legal. Está regido por la ley *Illinois Power of Attorney Act*. Si hay algo sobre este formulario que Ud. no entiende, deberá pedir a un abogado que se lo explique.

Este formulario de poder legal tiene el propósito de dar a su “apoderado” designado poderes amplios para tomar decisiones sobre la atención médica a favor de Ud. Estos incluyen el poder de requerir, aprobar o suspender el tratamiento para cualquier condición física o mental, y para ingresarlo o darle de baja en cualquier hospital, clínica de convalecencia u otra institución. Se permite que Ud. designe apoderados sucesores en este formulario, pero no se permite que designe coapoderados que actuarían a su favor simultáneamente.

Este formulario no impone a su apoderado el deber de tomar tales decisiones sobre la atención médica, así que es importante que Ud. escoja a un apoderado que esté dispuesto a tomarlas a favor de Ud. y de acuerdo con lo que Ud. desea. También es importante escoger a un apoderado en quien Ud. confíe, porque le dará a esa persona el control sobre la toma de sus decisiones médicas, inclusive las que tratan el final de la vida. Cualquier apoderado que tome decisiones a favor de Ud., tiene el deber de actuar de buena fe para el bien de Ud. y de usar precaución, aptitud y diligencia. Él o ella también tendrá la obligación de actuar de acuerdo con la ley y con las declaraciones de este formulario, además de mantener un registro de todas las acciones importantes que tome al actuar como su apoderado.

A menos que Ud. limite específicamente el plazo de vigencia de este poder legal, su apoderado puede ejercer los poderes que se le otorguen durante toda la vida de Ud., aun después de que esté discapacitado. Sin embargo, un juez puede quitarle estos poderes a su apoderado si determina que él o ella no actúa apropiadamente. Ud. también puede revocar este poder legal si desea hacerlo.

Los poderes que Ud. le otorga a su apoderado, el derecho de Ud. de revocar dichos poderes y las penas por violar la ley, se explican con más detalle en los Artículos 4-5, 4-6 y 4-10(b) de *Illinois Power of Attorney Act*. Este formulario es una parte de dicha ley. Los párrafos indicados con la palabra “NOTA” en este formulario contienen instrucciones.

No se requiere que Ud. firme este formulario, pero el poder legal no entrará en vigencia sin la firma de Ud. No debe firmarlo si no entiende todo lo que contiene, y lo que su apoderado podrá hacer si es que Ud. lo firma. Favor de escribir sus iniciales en el siguiente renglón para indicar que Ud. ha leído este aviso.

(Iniciales del otorgante)

Formulario estatutario breve de Illinois

Poder legal para la atención médica

1. Yo, _____
(escriba el nombre y la dirección del otorgante)

con este formulario revoco todos los formularios anteriores de poder legal para la atención médica que haya firmado, y nombro a:

(escriba el nombre y la dirección del apoderado)

(NOTA: No se permite que Ud. nombre a coapoderados con este formulario.) como mi representante (mi “apoderado”) para actuar por mí y en mi nombre (de cualquier manera que yo mismo actuaría), para tomar cualesquiera y todas decisiones por mí con respecto a mi cuidado personal, tratamiento médico y hospitalización; y para pedir, negar o suspender cualquier tipo de tratamiento o procedimiento médico, aunque mi muerte sea el posible resultado de hacerlo.

A. Mi apoderado tendrá el mismo acceso a mis archivos médicos que tengo yo, inclusive el derecho de revelar los contenidos a otros.

B. En caso de mi muerte, entrará en vigencia el pleno poder de mi apoderado de hacer un donativo anatómico (indique una opción con sus iniciales): (NOTA: Escriba sus iniciales junto a una de las opciones. Si ninguna de las opciones tiene sus iniciales, se deducirá que Ud. no quiere otorgar a su apoderado ninguna autoridad en cuanto a esto).

_____ Cualquier órgano, tejido u ojos aptos para el trasplante o uso en la investigación o educación.

_____ Órganos específicos: _____

_____ Yo no le otorgo a mi apoderado la autoridad de hacer donativos anatómicos.

C. Mi apoderado también tendrá el pleno poder de autorizar una autopsia y dirigir la disposición de mis restos mortales. Quiero que este poder legal cumpla significativamente con la Sección 10 de la ley *Disposition of Remains Act* (Ley sobre la disposición de restos mortales). Todas las decisiones tomadas por mi apoderado con respecto a la disposición de mis restos, inclusive la cremación, serán valederas. Con este formulario yo ordeno que cualquier entidad de cementerios, negocio que opera un crematorio y/o depósito de urnas funerarias, director de funerales o embalsamador, o establecimiento funerario que reciba una copia de este documento, actúe en conformidad con el mismo.

D. Quiero que la persona nombrada como mi apoderado reciba el mismo tratamiento que el que yo recibo o recibiría con respecto a mis derechos en cuanto al uso y la revelación de datos sobre la salud que me identifican personalmente u otros archivos médicos, inclusive archivos o comunicaciones regidos por la ley *Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act* (Ley de confidencialidad en materia de discapacidades mentales y del desarrollo). Esta autoridad para la revelación se aplica a cualquier información regida por la ley *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA, o Ley de transferibilidad y responsabilidad de seguros médicos) y los reglamentos detallados en la misma. Quiero que la persona nombrada como mi apoderado actúe como mi “representante personal” (*personal representative*) según la definición de este término en la ley HIPAA y los reglamentos detallados en la misma.

(i) La persona nombrada como mi apoderado podrá autorizar que se revele a otras personas la información regida por HIPAA.

(ii) Autorizo a cualquier médico, profesional de cuidado médico, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención con cobertura, cualquier compañía de seguros y el *Medical Information Bureau, Inc.*, o cualquier otro centro distribuidor de información sobre la atención médica, que me haya provisto tratamiento o servicios, que haya pagado por tales servicios o que procure el pago de tales servicios a mi favor, que dé, revele y proporcione a la persona nombrada como mi apoderado, sin restricción, toda la información sobre la salud que me identifica personalmente y todos mis archivos médicos, sobre cualquier condición médica o de salud mental del pasado, presente o futuro; inclusive toda la información sobre el diagnóstico y el tratamiento de la VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol o drogas y enfermedad mental (inclusive los archivos o comunicaciones regidos por la Ley de confidencialidad en materia de discapacidades mentales y del desarrollo).

(iii) La autoridad que otorgo a la persona nombrada como mi apoderado reemplazará cualquier acuerdo previo que yo tenga con mis proveedores de atención médica sobre la restricción al acceso a mis datos médicos que me identifican personalmente o la revelación de los mismos. La autoridad que otorgo a mi apoderado no tiene fecha de anulación y será nula solamente si yo revoco la autoridad en forma escrita y presento la revocación por escrito a mi proveedor de atención médica. La autoridad que otorgo a mi apoderado para actuar como mi “representante personal” según la ley HIPAA y los reglamentos detallados en la misma, para acceder a mis datos médicos que me identifican personalmente, o para autorizar la revelación de los mismos a otras personas, entrará en vigencia inmediatamente; aunque yo indique por el contrario en el Párrafo 3 de este documento que su poder será vigente a partir de alguna fecha posterior. (NOTA: La intención es que la autoridad otorgada más arriba sea lo más amplia posible para que su apoderado tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que Ud. podría tomar para recibir o suspender cualquier tipo de atención médica, inclusive la suspensión de alimento y agua y otras medidas para sostener la vida, si su apoderado cree que tales acciones serían compatibles con la intención y los deseos de Ud. Si Ud. desea limitar los poderes de su apoderado, prescribir reglas especiales o limitar el poder de hacer un donativo anatómico, autorizar una autopsia o disponer de los restos, Ud. podrá hacerlo en los siguientes párrafos).

2. Los poderes otorgados antedichos no incluirán los siguientes poderes o estarán sujetos a las siguientes reglas y limitaciones:

(NOTA: Aquí Ud. puede incluir todas las limitaciones específicas que considere apropiadas. Estas pueden ser, por ejemplo, su propia definición de situaciones en que se deben suspender las medidas para sostener la vida; una instrucción de seguir suministrando alimentos o líquidos o tratamientos para sostener la vida en todos los casos; o instrucciones para negar ciertos tratamientos específicos que sean incompatibles con sus creencias religiosas o que le sean inaceptables por cualquier otro motivo, como transfusiones de sangre, terapia electro-convulsiva, amputación, psicocirugía, internación voluntaria en un instituto para enfermedades mentales, etc.).

(NOTA: El tema del tratamiento para sostener la vida es muy importante. Para ayudarlo a abordar este tema, se exponen a continuación algunas declaraciones generales sobre la suspensión o eliminación del tratamiento para sostener la vida. Si Ud. está de acuerdo con una de estas declaraciones, puede escribir sus iniciales junto a la misma; pero no elija más de una. Las declaraciones servirán de guía para su apoderado, quien considerará atentamente la declaración que Ud. indique con las iniciales al tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre).

Yo no quiero que mi vida sea prolongada ni quiero que se suministre ni continúe tratamiento para sostener mi vida si mi apoderado cree que la carga del tratamiento será mayor que las ventajas esperadas. Quiero que mi apoderado considere el alivio del sufrimiento, los costos implicados y la calidad además de la extensión posible de mi vida al tomar decisiones sobre el tratamiento para sostener mi vida.

Iniciales _____

Yo quiero que mi vida sea prolongada y quiero que se suministre o se continúe el tratamiento para sostener mi vida, a no ser que, según la opinión del médico que me atienda, de acuerdo con las pautas médicas razonables al momento de referencia, esté en un estado de “inconsciencia permanente” o sufriendo una “condición incurable o irreversible” o “condición terminal”, según se definen dichos términos en el Artículo 4-4 de *Illinois Power of Attorney Act*. Si y cuando yo sufra alguno de tales estados o condiciones, haya sufrido un coma irreversible, quiero que se suspenda o cese el tratamiento para sostener mi vida.

Iniciales _____

Yo quiero que mi vida sea prolongada hasta el máximo posible de acuerdo con las pautas médicas razonables sin tener en cuenta mi condición, las posibilidades de recuperación que yo tenga ni el costo de los procedimientos.

Iniciales _____

(NOTA: Ud. puede enmendar este poder legal o revocarlo de la manera expuesta en la Sección 4-6 de la *Illinois Power of Attorney Act*. Su apoderado puede actuar inmediatamente, a menos que Ud. especifique otra cosa; pero no se puede especificar otra cosa con respecto a su “representante personal” bajo el sub-párrafo D(iii)).

3. () Este poder legal entrará en vigencia el día _____

(NOTA: Escriba una fecha futura o un evento que puede ocurrir durante su vida, como por ejemplo una determinación judicial de su discapacidad o una determinación de su inhabilitación escrita por su médico, cuando quiere que este poder legal entre en vigencia por primera vez).

(NOTA: Si Ud. no enmienda o revoca este poder legal, o si no indica una fecha concreta de anulación en el párrafo 4, el poder seguirá vigente hasta su muerte; con la excepción que su apoderado todavía tendrá la autoridad para donar sus órganos, autorizar una autopsia y disponer de sus restos después de su muerte, si Ud. le otorga esa autoridad).

4. () Este poder legal quedará anulado a partir del día _____

(NOTA: Escriba una fecha futura o un evento futuro, como una determinación judicial que Ud. no sufre una discapacidad legal o una determinación escrita por su médico que Ud. no está inhabilitado, por su discapacidad, cuando Ud. quiere que este poder legal se anule antes de su muerte).

(NOTA: Ud. no puede utilizar este formulario para nombrar a coapoderados. Si desea nombrar a agentes sucesores, escriba los nombres y las direcciones de los sucesores en el párrafo 5).

5. Si algún apoderado nombrado por mí muere, se vuelve incompetente, renuncia, rehúsa aceptar el oficio de apoderado o no está disponible, nombro a las siguientes personas (cada una actuará a solas y sucesivamente, según la secuencia en que aparecen sus nombres) como sucesores de tal apoderado:

Para los propósitos de este párrafo 5, se considerará incompetente a una persona si y mientras es menor de edad, o si un juez declara que es incompetente o está inhabilitada, o si la persona no puede dar una consideración inteligente y sin demora a cuestiones de atención médica, según lo certifica un médico con licencia.

(NOTA: Si Ud. desea hacerlo, puede nombrar a su apoderado como guardián legal de su persona si un juez decide que se debe nombrar a uno. Para hacer esto, indíquelo en el párrafo 6, y el apoderado de Ud. será designado por un juez si éste halla que tal designación sirve los intereses y el bienestar de Ud. Tache el párrafo 6 si Ud. no quiere que su apoderado actúe como guardián.)

6. Si se ha de nombrar a un guardián legal de mi persona, yo nomino al apoderado que actúe según este poder legal como tal guardián, para servir sin obligación ni garantía.

