

Formulario e instrucciones del poder para atención médica de Massachusetts

Instrucciones: todo adulto capaz, de 18 años o más, tiene derecho a designar un representante en un poder para atención médica. Para generar su poder para atención médica, imprima este formulario de dos páginas y coloque la página de instrucciones y el documento en blanco frente a usted. Siga las instrucciones paso a paso, firme y feche el poder para atención médica frente a dos testigos y que ellos firmen y fechen el documento después de usted.

- Su nombre y domicilio (obligatorio)**
 - Escriba en letra de imprenta su nombre completo en el espacio en blanco. Escriba en letra de imprenta su domicilio.
- Mi representante de atención médica es: (obligatorio).** Escriba en letra de imprenta el nombre, domicilio y teléfonos de su representante de atención médica.
 - Elija a una persona de su confianza para que tome decisiones médicas en su nombre en función de sus elecciones, valores y creencias, si usted no puede tomar o comunicar decisiones por sí mismo.
 - Su representante de atención médica y representante alternativo no pueden ser operadores, administradores o empleados en la instalación en donde usted sea paciente o residente o solicitó admisión, a menos que estén relacionados con usted por sangre, matrimonio o adopción.
- Mi representante alternativo de atención médica (no es obligatorio, pero es útil tener un representante alternativo).** Si es posible, designe a una persona de su confianza como representante de respaldo o alternativo, que pueda intervenir para tomar decisiones médicas si su representante de atención médica no está disponible, no está dispuesto o no es capaz de ayudar, o no se espera que tome una decisión oportuna. Escriba en letra de imprenta su nombre, domicilio y sus teléfonos.
- La autoridad de mi representante de atención médica: (obligatorio).** Aquí le otorga a su representante la autoridad más amplia posible para tomar "todas y cada una" de las decisiones, incluidos los tratamientos de soporte vital, o limitarla:
 - Si desea otorgar autoridad total para la toma de decisiones, deje esta sección en blanco.
 - Si no desea otorgar autoridad total para la toma de decisiones, describa la forma en que desea limitar la autoridad de su representante y escríbala en el espacio provisto.
- Firma y fecha: (obligatorio).** NO firme antes de tiempo. Firme con su nombre completo y fecha frente a dos testigos adultos que firmen después de usted.
 - Puede pedirle a alguien que firme su nombre, bajo su dirección, frente a dos testigos.
- Declaración y firma del testigo (obligatorio).** Cualquier adulto capaz puede ser testigo, excepto su representante de atención médica y su representante alternativo.
 - Dos adultos deben presentarse como testigos al momento de la firma. Ellos observan mientras usted firma el documento, o cuando otra persona firma, bajo su dirección, y firman después de usted para declarar que tiene al menos 18 años, que está en su sano juicio y que no se encuentra bajo ninguna restricción o influencia indebida.
 - Pida al testigo uno que firme, luego escriba su nombre y la fecha.
 - Luego, pida al testigo dos que firme y escriba su nombre y la fecha.
- Declaración del representante de atención médica (opcional).** Esta sección no es obligatoria, pero puede ayudar a sus médicos y familiares a saber que los representantes que designó aceptaron el puesto. Su representante firma y anota la fecha en los espacios provistos.

Importante: conserve el poder para atención médica original. Haga una copia y entréguela a su representante de atención médica. Entregue una copia a sus médicos y proveedores de atención para que la guarden en su expediente y sepan cómo comunicarse con su representante si está enfermo o lesionado y no puede hablar por sí mismo.

Poder para atención médica de Massachusetts

Yo, _____ Domicilio: _____,
designo a la siguiente persona para que sea mi representante de atención médica con
autoridad para tomar decisiones médicas en mi nombre. Esta autoridad entra en vigor
cuando mi médico tratante determine por escrito que no tengo la capacidad para tomar o
comunicar decisiones médicas por mí mismo, de acuerdo con el Capítulo 201D de las
Leyes Generales de Massachusetts.

Mi representante de atención médica es:

Nombre: _____ Domicilio: _____
Teléfono(s): _____; _____; _____

Mi representante alternativo de atención médica

Si mi representante no está disponible, no está dispuesto o no es capaz, o no se espera que
tome una decisión oportuna, designo a:

Nombre: _____ Domicilio: _____
Teléfono(s): _____; _____; _____

La autoridad de mi representante de atención médica

Otorgo a mi representante de atención médica la misma autoridad que tengo yo para tomar
todas y cada una de las decisiones médicas, incluidas las decisiones del tratamiento de
soporte vital, excepto (enumere los límites de la autoridad o proporcione instrucciones, si
corresponde):

_____.

Autorizo a mi representante de atención médica a tomar decisiones médicas en función
de su evaluación de mis elecciones, valores y creencias, si se conocen, y en mi mejor
interés, si no se conocen. Le otorgo a mi representante de atención médica los mismos
derechos que tengo yo para el uso y la divulgación de mi información y registros médicos
según se rige por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996
(HIPAA), Título 42 del USC, 1320d. Las fotocopias de este poder para atención médica
tienen la misma fuerza y efecto que el original.

Firma y fecha. Firmo con mi nombre y fecho este poder de atención médica en presencia de dos
testigos.

FIRMADO _____ FECHA _____

(Continúa en la página 2)

Declaración de testigos y firma

Nosotros, los abajo firmantes, fuimos testigos de la firma de este documento por o bajo la dirección del signatario mencionado y declaramos que el signatario parece tener al menos 18 años, está en su sano juicio y no se encuentra bajo ninguna restricción o influencia indebida. Ninguno de los dos es el representante de atención médica ni el representante alternativo.

Testigo uno	Testigo dos
Firmado: _____	Firmado: _____
Nombre en letra de imprenta: _____	Nombre en letra de imprenta: _____
Fecha: _____	Fecha: _____

Declaración del representante de atención médica (opcional). Leímos cuidadosamente este documento y aceptamos la designación.

Representante de atención médica _____ Fecha _____

Representante alternativo de atención médica _____ Fecha _____