

Honoring Choices Massachusetts

Instrucciones y Formulario para el Poder para Tomar Decisiones Médicas de Massachusetts

Instrucciones: Cada adulto competente, a partir de los 18 años, tiene derecho a nombrar un Apoderado para Atención Médica en un Poder para Tomar Decisiones Médicas. Para crear su Poder para Tomar Decisiones Médicas en español e inglés, imprima este documento de cuatro páginas para tener las instrucciones y los dos formularios en blanco a la vista. Siga las instrucciones y complete ambos formularios con la información fiel y exacta y la misma fecha. Primero complete el formulario en español, firmelo y escriba la fecha delante de dos testigos, quienes firmarán y escribirán la fecha luego de que lo haga usted. Luego complete el formulario en inglés con la información fiel y exacta y la misma fecha, firmelo y escriba la fecha delante de dos testigos, quienes firmarán y escribirán la fecha luego de que lo haga usted.

1. Su nombre y dirección

Escriba su nombre completo en imprenta en el espacio en blanco. Escriba en imprenta su dirección.

2. Mi Apoderado para Atención Médica es:

Escriba en imprenta el nombre, dirección y números de teléfono de su Apoderado para Atención Médica.

- Elija una persona en la que confíe para que tome decisiones de atención médica por usted basada en sus preferencias, valores y creencias, en caso de que usted no pudiera tomar o comunicar decisiones por sí mismo;
- Su Apoderado para Atención Médica y Apoderado Sustituto no puede ser alguien que sea un operador, administrador o empleado en el centro donde usted sea un paciente o residente o haya solicitado la admisión, a menos que esté vinculado con usted por sangre, matrimonio o adopción.

3. Mi Apoderado Sustituto para Atención Médica:

Escriba en imprenta el nombre, dirección y números de teléfono de su Apoderado Sustituto.

- Elija una persona en la que confíe para que tome decisiones de atención médica si su Apoderado para Atención Médica no estuviera disponible, dispuesto o competente para la función, o si no se espera que tome una decisión oportuna.

4. La autoridad de mi Apoderado para Atención Médica:

Es aquí donde usted le otorga a su Apoderado la autoridad o el poder de tomar decisiones por usted.

- Si desea que su Apoderado tome todas las decisiones en cualquier situación, deje esta área en blanco.
- Si hubieran determinadas decisiones que usted no desea que tome su Apoderado o tuviera cualquier instrucción para dar, escriba los límites de su autoridad en el espacio en blanco provisto.

Honoring Choices Massachusetts
Instrucciones y Formulario para el Poder para Tomar Decisiones Médicas de Massachusetts

5. Firma y fecha:

Firme su nombre completo delante de dos testigos adultos, quienes firmarán después de usted.
Escriba la fecha.

- Puede hacer que alguien firme su nombre con su indicación delante de dos testigos.

6. Declaración y firma del testigo:

Cualquier adulto competente puede ser testigo excepto su Apoderado para Atención Médica y Apoderado Sustituto.

- Dos adultos deben estar presentes como testigos cuando se firme este documento. Ellos lo observan mientras firma el documento, o mientras otra persona firma bajo sus instrucciones, y firmarán después de usted para declarar que usted tiene al menos 18 años de edad, está en su sano juicio y bajo ninguna coacción o influencia indebida.
- Haga que el Testigo Uno firme, luego escriba su nombre en imprenta y la fecha;
- Luego haga que el Testigo Dos firme y escriba su nombre en imprenta y la fecha.

7. Declaración del Apoderado para Atención Médica: (Opcional)

Esta sección no es exigida, pero puede ayudar a sus médicos y su familia a saber que los Apoderados que designó han aceptado la posición. Para usar esta sección, haga que su(s) Apoderado(s) firme(n) y escriba(n) la fecha en los espacios provistos.

Importante: Complete los formularios en español y en inglés al mismo tiempo. Asegúrese que ambos formularios tengan la información fiel y exacta y estén firmados, fechados y atestiguados. Haga una copia y entréguesela a su Apoderado para Atención Médica, y entregue una copia a sus médicos para que la coloquen en su expediente médico.

Formulario para el Poder para Tomar Decisiones Médicas de Massachusetts

DOB

____/____/____

1. Yo, _____ Dirección: _____, nombro a la siguiente persona como mi Apoderado para Atención Médica, con la autoridad para tomar decisiones en mi nombre para mi atención médica. Esta autorización tendrá efecto si mi médico tratante determina por escrito que carezco de capacidad mental para tomar o comunicar por mí mismo decisiones para mi atención médica, según el Capítulo 201D de las Leyes Generales de Massachusetts.

2. Mi Apoderado para Atención Médica es:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono(s): _____; _____; _____

3. Mi Apoderado Sustituto para Atención Médica

Si mi Apoderado no estuviera disponible, dispuesto o no fuera competente, o no se esperara que tome una decisión oportuna, nombro a:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono(s): _____; _____; _____

4. Autoridad de mi Apoderado para Atención Médica

Yo doy a mi Apoderado para Atención Médica la misma autoridad que tengo para tomar cualquier y todas las decisiones de atención médica incluyendo las decisiones para soporte vital, excepto (escriba los límites a la autorización o de detalles, si los hay): _____

Yo autorizo a mi Apoderado para Atención Médica a tomar decisiones de atención médica basadas en su evaluación de mis preferencias, valores y creencias si fueran conocidos, y teniendo en cuenta mi mayor beneficio, de no conocerlos. Confiero a mi Apoderado para Atención Médica los mismos derechos que yo tengo para uso y divulgación de mi información de salud y expediente médico según lo indica la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*), 42 U.S.C. 1320d. Las fotocopias de este Poder para Tomar Decisiones Médicas tienen la misma validez y efecto que el original.

5. Firma y fecha. Firmo mi nombre y escribo la fecha en este Poder para Tomar Decisiones Médicas en la presencia de dos testigos.

FIRMADO _____ **FECHA** _____

6. Declaración y firma del testigo (Exigida)

Nosotros, los abajo firmantes, somos testigos de la firma de este documento por o bajo la dirección del signatario supra y declaramos que el signatario parece tener al menos 18 años de edad, estar en uso de sus facultades mentales y no estar bajo la influencia de coacción o coerción alguna. Ninguno de nosotros es el apoderado para atención médica o el apoderado sustituto.

Testigo Uno

Firmado: _____

Nombre en imprenta: _____

Fecha: _____

Testigo Dos

Firmado: _____

Nombre en imprenta: _____

Fecha: _____

7. Declaración del Apoderado para Atención Médica (Opcional):

Hemos leído este documento cuidadosamente y aceptamos el nombramiento.

Apoderado para Atención Médica _____ Fecha _____

Apoderado Sustituto para Atención Médica _____ Fecha _____

Massachusetts Health Care Proxy

DOB

____/____/____

1. I, _____ **Address:** _____,

appoint the following person to be my Health Care Agent with the authority to make health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself, according to Chapter 201D of the General Laws of Massachusetts.

2. My Health Care Agent is:

Name: _____ **Address:** _____

Phone(s): _____; _____; _____

3. My Alternate Health Care Agent

If my Agent is not available, willing or competent, or not expected to make a timely decision, I appoint:

Name: _____ **Address:** _____

Phone(s): _____; _____; _____

4. My Health Care Agent's Authority

I give my Health Care Agent the same authority I have to make any and all health care decisions including life-sustaining treatment decisions, except (list limits to authority or give instructions, if any):

_____.

I authorize my Health Care Agent to make health care decisions based on his or her assessment of my choices, values and beliefs if known, and in my best interest if not known. I give my Health Care Agent the same rights I have to the use and disclosure of my health information and medical records as governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Photocopies of this Health Care Proxy have the same force and effect as the original.

5. Signature and Date. I sign my name and date this Health Care Proxy in the presence of two witnesses.

SIGNED _____ **DATE** _____

6. Witness Statement and Signature

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by or at the direction of the signatory above and state the signatory appears to be at least 18 years old, of sound mind and under no constraint or undue influence. Neither of us is the health care agent or alternate agent.

Witness One

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

Witness Two

Signed: _____

Print Name: _____

Date: _____

7. Health Care Agent Statement (Optional):

We have read this document carefully and accept the appointment.

Health Care Agent _____ **Date** _____

Alternate Health Care Agent _____ **Date** _____