Patient

UCI Health

Si necesitara ayuda para tomar decisiones médicas
Lenguaje simple-Poder legal duradero

If I Need Help Making Medical Choices

Si necesitara ayuda para tomar decisiones médicas

(*Lenguaje simple-Poder legal para atención médica, adaptado del Código Testamentario § 4701 de California)*

Mi información

Mi nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Mi dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____Código postal: _____

Mi Agente

Si no puedo tomar decisiones sobre mi salud, quiero que alguien las tome por mí.

La persona que tomará esas decisiones en mi lugar se llama mi **agente**.
Mi agente no puede ser mi doctor o alguien que trabaje en el hospital o en la residencia comunitaria donde vivo.

Mi agente tomará decisiones médicas por mí solo si yo no puedo tomar dichas decisiones.

El nombre de mi agente es: _____

La dirección de mi agente es: _____

El número de teléfono de mi agente es: (_____) _____-_____

Si necesito ayuda y mi agente está ausente o no puede ayudarme, otra persona puede ayudarme.

Esta persona es un **agente de reemplazo**.

El nombre de mi agente de reemplazo es: _____

Su dirección es: _____

Su número de teléfono es: (_____) _____-_____

Cuando mi agente puede ayudarme:

Mi agente puede tomar decisiones por mí si mi doctor/profesional en salud mental indica que yo no puedo tomar mis propias decisiones.

Si el doctor/profesional en salud mental considera que yo no puedo tomar mis propias decisiones, ellos deben explicar la razón por escrito.

Lo que mi agente puede hacer:

Estoy de acuerdo con que mi agente pueda hacer todo lo siguiente:

- Mi agente puede tomar decisiones por mí si yo no puedo tomar mis propias decisiones.
- Mi agente puede elegir que medicamento se me dará.
- Mi agente puede ver las notas que los doctores y enfermeras escriban sobre mí.
- Mi agente puede elegir cuando debo permanecer en el hospital.

Si hay algo que no quiero que mi agente haga, debo indicarlo a continuación:

No quiero que mi agente _____

Mi firma: _____

Cuando mi agente tome decisiones por mí, mi agente debe hacer lo que yo deseo. Hablaré con mi agente sobre lo que es importante para mí.

Si mi agente no sabe lo que quiero, deberá tomar las decisiones que más me ayuden.

Si mi agente no sabe lo que quiero, podrá hablar con otras personas que me aman y se preocupan por mí.

Mi firma:

Sé que tengo que firmar este documento con dos personas como **testigos**.
Mis testigos firmarán en la siguiente página.

Mi firma: _____

La fecha de hoy es: _____.

UCI Health

Si necesitara ayuda para tomar decisiones médicas
Lenguaje simple-Poder legal duradero

ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR DOS TESTIGOS

TESTIGOS: **Determinadas personas no pueden actuar como testigos. Esas disposiciones están indicadas en las siguientes declaraciones de los testigos**:

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO CONFORME A LAS LEYES DE CALIFORNIA

(1) Que conozco personalmente a la persona que firmó o acusó recibo de este poder legal para cuidados de salud, o que se me ha probado la identidad de la persona mediante pruebas convincentes.

(2) Que la persona firmó o acusó recibo de este poder legal para cuidados de salud en mi presencia.

(3) Que la persona aparenta tener lucidez mental, y no estar sujeta a coacción, fraude o influencia indebida.

(4) Que yo **no** soy una persona designada como agente mediante este poder legal para cuidados de salud, y

(**5**) Que yo **no** soy el proveedor de cuidados de salud de la persona, un empleado del proveedor de cuidados de salud de la persona, un operador de un centro comunitario de cuidados, un empleado de un operador de un centro comunitario de cuidados, un operador de un centro residencial de cuidados para ancianos, ni un empleado de un operador de un centro residencial de cuidados para ancianos.

Primer testigo

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Dirección: _____

Segundo testigo

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Dirección: _____

UNO DE LOS TESTIGOS PRECEDENTES TAMBIÉN DEBE FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN:

Declaro, asimismo, bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California, que no estoy relacionado con la persona que ejecuta esta directiva anticipada de cuidados de salud por lazos sanguíneos, matrimoniales o de adopción y que, según mi leal saber y entender, no tengo derecho a parte alguna de los bienes patrimoniales de la persona después de su fallecimiento sea mediante un testamento existente o por aplicación de la ley.

Fecha: _____

Firma: _____

Solo si la persona que ejecuta este poder legal no puede escribir, los dos testigos deben completar esta sección:

_____, encontrándose imposibilitado para escribir, puso su marca en nuestra presencia y solicitó al primero de los abajo firmantes que escriba sus nombres, lo cual así se hizo y, como testigos de lo anterior, a continuación, firmamos nuestros nombres.

_____

Firma del testigo #1

_____

Firma del testigo #2