

# **Poder para la atención médica**

---

## ***Nombramiento de su tutor para la atención médica en el Estado de Nueva York***

*La Ley de Poder de Atención Médica (New York Health Care Proxy Law) le permite nombrar a una persona en la que usted confía – por ejemplo, a un familiar o un amigo cercano – para que tome decisiones sobre la salud por usted, en caso de que usted pierda la capacidad de tomar decisiones por su cuenta. Al nombrar a un tutor para la atención médica, asegura que los proveedores de atención médica respetarán sus deseos. Su tutor decidirá también la forma de aplicar sus deseos a medida que cambia su estado de salud. Los hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica tienen la obligación de seguir las decisiones de su tutor como si fueran las de usted. A la persona que seleccione para ser su tutor para la atención médica puede darle el nivel de autoridad que desee. Puede permitir que su tutor tome todas las decisiones sobre su atención médica o solamente algunas. También puede darle instrucciones que él o ella deberá seguir. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones con referencia a la donación de órganos o tejidos o ambos.*

# Acerca del formulario de poder para la atención médica

Este documento es muy importante jurídicamente. Antes de firmarlo, debe entender los hechos siguientes:

1. Este formulario da a la persona que seleccione como su tutor la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica por usted, inclusive la decisión para eliminar o proveer el tratamiento para prolongar la vida, a menos que usted indique lo contrario en este formulario. “Atención médica” significa todo tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su condición física o mental.
2. A menos que su tutor tenga un conocimiento razonable de sus deseos acerca de la nutrición e hidratación artificiales (suministro de alimentación y agua a través de alimentación por sonda o una línea intravenosa), él o ella no podrá rechazar o consentir que se apliquen estas medidas por usted.
3. Su tutor empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no puede tomar decisiones propias sobre la atención médica.
4. En este formulario puede escribir ejemplos de las clases de tratamiento que no desearía y/o los tratamientos que quiere asegurar que recibirá. Las instrucciones se pueden usar para limitar el poder de toma de decisiones del tutor. Al tomar las decisiones por usted, su tutor tiene la obligación de seguir sus instrucciones.
5. Para llenar este formulario no necesita ningún abogado.
6. Como su tutor, usted debe seleccionar a un adulto (18 años de edad como mínimo), puede ser un familiar o amigo(a) íntimo(a). Si selecciona a un médico para que sea su tutor, él o ella tendrá que decidir entre desempeñar las funciones de tutor o de médico debido a que el médico no puede desempeñar ambas funciones. Además, si usted es paciente o residente de un hospital, hogar de ancianos o institución para la salud mental, existen restricciones especiales para nombrar como su tutor a una persona que trabaje para esa institución. Pida al personal de la institución que le explique estas limitaciones.
7. Antes de nombrar a una persona como su tutor para la atención médica, hágale con él o ella para cerciorarse de que esta persona está dispuesta a ser su tutor para la atención médica. Comuníquese a la persona que usted seleccione que él o ella será su tutor para la atención médica. Hable sobre sus deseos en cuanto a la atención médica y este formulario con su tutor. Tenga la seguridad de entregarle un ejemplar firmado. No se podrá demandar a su tutor por las decisiones que tome de buena fe sobre la atención médica.
8. Si ha nombrado a su cónyuge como su tutor para la atención médica y en el futuro se divorcian o separan legalmente, conforme a la ley su ex cónyuge no podrá ser su tutor a menos que usted indique lo contrario. Si desea que su ex cónyuge permanezca siendo su tutor, debe indicarlo en su formulario actual y fecharlo o llenar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.
9. Aunque usted haya firmado este formulario, tiene derecho a tomar decisiones médicas por su cuenta mientras tenga la capacidad de hacerlo, y no se le podrá administrar ni parar ningún tratamiento si usted no está de acuerdo ni su tutor tendrá la autoridad para discrepar.
10. Usted puede anular la autoridad que ha dado a su tutor comunicándolo a él o ella o a su proveedor de atención médica verbalmente o por escrito.
11. El nombramiento de un tutor para la atención médica es voluntario. Nadie tiene la obligación de nombrar a un tutor.
12. En este formulario, usted puede expresar sus deseos o instrucciones con referencia a la donación de órganos o tejidos o ambos.

# Preguntas más frecuentes

## ¿Por qué debo seleccionar a un tutor para la atención médica?

Si usted pierde la capacidad, aunque sea provisionalmente, de tomar decisiones sobre la atención médica, otra persona debe decidir por usted. Con frecuencia, los proveedores de atención médica se dirigen a los familiares para orientarse. Los familiares pueden expresar los deseos que consideren que usted expresaría con relación a un tratamiento en particular. No obstante, en el Estado de Nueva York, solamente el tutor para la atención médica que usted nombre tiene la autoridad legal para tomar decisiones sobre el tratamiento si usted no tiene capacidad para tomarlas por su cuenta. Al nombrar a un tutor le permite controlar su tratamiento médico:

- permitiendo que su tutor tome las decisiones sobre la atención médica en su nombre de la forma que las tomaría usted;
- seleccionando a una persona para que tome las decisiones sobre la atención médica porque usted considera que esa persona tomará las mejores decisiones;
- seleccionando a una persona para evitar conflictos o confusión entre los familiares y otras personas cercanas a usted.

También puede nombrar a un tutor alternativo para que asuma la función en caso de que la primera persona que seleccionó no pueda tomar decisiones por usted.

## ¿Quién puede ser un tutor para la atención médica?

Toda persona de 18 años de edad como mínimo puede ser tutor para la atención médica. La persona que usted nombre como su tutor o su tutor alternativo no puede firmar como testigo en su formulario de Poder para la atención médica.

## ¿Cómo nombro a un tutor para la atención médica?

Todas las personas adultas competentes, de 18 años de edad como mínimo pueden nombrar a un tutor para la atención médica firmando un formulario llamado Poder para la atención médica (Health Care Proxy). Usted no necesita ningún abogado o notario, solamente dos testigos adultos. Su tutor no puede firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso en este documento, pero no tiene la obligación de usar este formulario.

## ¿Cuándo mi tutor para la atención médica empezará a tomar decisiones sobre la atención médica en mi nombre?

Su tutor para la atención médica empezaría a tomar decisiones sobre la atención médica después de que su médico haya determinado que usted no tiene capacidad para tomar sus propias decisiones sobre la atención médica. Mientras usted tenga capacidad para tomar estas decisiones, tendrá derecho a hacerlo.

## ¿Qué decisiones puede tomar mi tutor para la atención médica?

A menos que usted limite la autoridad de su tutor para la atención médica, su tutor podrá tomar todas las decisiones sobre la atención médica que hubiera tomado usted mismo si hubiera podido hacerlo por su cuenta. Su tutor puede aceptar la administración de tratamiento, escoger entre los distintos tratamientos y decidir los tratamientos que no deben administrarle conforme a sus deseos e intereses. No obstante, su tutor solamente podrá tomar decisiones sobre nutrición e hidratación artificial (suministro de alimentación y agua mediante alimentación por sonda o una línea intravenosa) si él o ella conoce sus deseos por lo que usted dijo o escribió. El formulario de poder para la atención médica no otorga poder a su tutor para que tome otras decisiones por usted que no sean de carácter médico, tales como decisiones sobre finanzas.

## ¿Es necesario que nombre a un tutor para la atención médica si soy joven y estoy bien de salud?

Nombrar a un tutor para la atención médica es una buena idea aunque no sea anciano ni sufra una enfermedad terminal. Un tutor para la atención médica puede actuar en su nombre en caso de que usted no pudiera tomar sus propias decisiones sobre la salud aunque sea provisionalmente (como podría ocurrir si le anestesian o entra en coma a causa de un accidente). Cuando vuelva a tener capacidad para tomar sus propias decisiones sobre la salud, su tutor para la atención médica perderá la autoridad para actuar.

## Preguntas más frecuentes, *continúa*

### **¿Cómo tomaría mi tutor las decisiones para la atención médica?**

Su tutor debe seguir sus deseos así como sus creencias morales y religiosas. Usted debe escribir las instrucciones en el formulario de Poder para la atención médica o simplemente comunicarlas verbalmente a su tutor.

### **¿Cómo mi tutor para la atención médica conocerá mis deseos?**

Una conversación abierta y franca con su tutor para la atención médica sobre lo que usted desea, situará a esa persona en una mejor posición para cumplir sus deseos. Si su tutor desconoce sus deseos o creencias él o ella tiene la obligación jurídica de actuar de la mejor manera para sus intereses. Debido a la gran responsabilidad que tiene la persona que usted nombra como su tutor para la atención médica, usted debe hablar con esta persona sobre las clases de tratamiento que desearía recibir o que no desearía recibir bajo circunstancias diferentes, tales como:

- si, en caso de estar en coma permanente, desea o no que le instalen/continúen/quiten el equipo para el mantenimiento de la vida;
- si, en caso de sufrir una enfermedad terminal, desea o no que le inicien/continúen/eliminen los tratamientos;
- bajo en qué circunstancias usted desea que inicien/retengan o continúen o retiren la alimentación e hidratación artificiales.

### **¿Mi tutor para la atención médica puede ignorar mis deseos o las instrucciones que le haya dado sobre el tratamiento?**

No. Su tutor tiene la obligación de tomar las decisiones en base a sus deseos. Si usted expresó claramente deseos concretos o dio instrucciones sobre un tratamiento específico, su tutor tiene la obligación de seguir esos deseos o esas instrucciones a menos que él o ella considere, de buena fe, que sus deseos cambiaron o no son pertinentes ante las circunstancias.

### **¿Quién tratará con mi tutor para la atención médica?**

Todos los hospitales, residencias de ancianos, médicos y otros proveedores de atención médica tienen la obligación jurídica de proveer la misma información a

su tutor para la atención médica que le proveerían a usted mismo y a respetar las decisiones que tome su tutor como si las tomara usted. Si el hospital o la residencia de ancianos se opone a ciertas opciones de tratamiento (como parar ciertos tratamientos) deben decírselo a usted o a su tutor ANTES o en el momento de la admisión, si es razonablemente posible.

### **¿Que sucede si mi tutor para la atención médica no está disponible cuando se deban tomar las decisiones?**

Si su tutor para la atención médica no está disponible, no puede o no desea actuar cuando sea necesario tomar las decisiones, usted puede nombrar a un tutor alterno para que decida por usted. De otra manera, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones sobre la atención médica que usted les dio cuando todavía tenía capacidad para hacerlo. Bajo estas circunstancias, las instrucciones que figuran en el Poder para la atención médica guiarán a los proveedores de atención médica.

### **¿Qué sucede si cambio de opinión?**

Es fácil cancelar su Poder para la atención médica a fin de cambiar a la persona que ha seleccionado como su tutor para la atención médica o para cambiar algunas instrucciones o limitaciones que haya indicado en el formulario. Simplemente, llene un formulario nuevo. Además, puede indicar que su Poder para la atención médica caducó en una fecha específica o si sucedieron ciertos eventos. De otra manera, el Poder para la atención médica será válido indefinidamente. Si selecciona a su cónyuge como su tutor para la atención médica o como el tutor alterno, y ustedes se divorcian o separan legalmente, el nombramiento se cancelará automáticamente. No obstante, si desea que su ex cónyuge permanezca siendo su tutor, puede indicarlo en su formulario actual y fecharlo o llenar otro nuevo nombrando a su ex cónyuge.

### **¿Tiene responsabilidad legal mi tutor por las decisiones que pueda tomar en mi nombre?**

No. Su tutor para la atención médica no será responsable por las decisiones sobre la atención médica que tome de buena fe en su nombre. Además, él o ella no será responsable de los gastos de su atención, solo por que él o ella sea su tutor.

## Preguntas más frecuentes, *continúa*

### **¿El poder para la atención médica es lo mismo que un testamento de vivos?**

No. Un testamento de vivos es un documento que provee instrucciones específicas sobre decisiones de la atención médica. Usted puede incluir estas instrucciones en su formulario del Poder para la atención médica. El Poder para la atención médica le permite seleccionar a una persona con la que tenga confianza para que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre. A diferencia del testamento de vivos, un Poder para la atención médica no exige que usted conozca por anticipado todas las decisiones que puedan surgir. En cambio, su tutor para la atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambien y puede tomar decisiones que usted no sabía que se habrían tenido que tomar.

### **Después de firmarla ¿dónde debo guardar mi Poder para la atención médica?**

Entregue una copia a su tutor, a su médico, a su abogado y a los familiares y amigos cercanos que desee. Guarde una copia en su cartera o bolso o con los documentos importantes, pero no lo guarde en algún lugar en el que nadie tenga acceso, como una caja de seguridad. Si ingresa en un hospital, incluso si es para cirugía menor o si es para recibir un tratamiento como paciente externo, traiga un ejemplar.

### **¿Puedo usar mi formulario de Poder para la atención médica para expresar mis deseos sobre la donación de órganos o tejidos o ambos?**

Sí. Llene la sección opcional sobre la donación de órganos y tejidos que figura en el formulario de Poder para la atención médica y cerciórese que dos personas firmen esta sección como testigos. Usted puede especificar que sus órganos o tejidos o ambos se usen para transplantes, investigación u objetivos educativos. La(s) limitación(limitaciones) relacionada(s) con sus deseos se debe(n) anotar en esta sección del poder. **El hecho de no incluir sus deseos e instrucciones en su formulario de Poder para la atención médica no se considerará que no desea donar órganos o tejidos o ambos.**

### **¿Puede mi tutor tomar decisiones en mi nombre sobre la donación de órganos o tejidos o ambos?**

No. El poder de un tutor para la atención médica para tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre terminará cuando usted muera. Al indicar sus deseos en el formulario de Poder para la atención médica le permite manifestar claramente sus deseos sobre la donación de órganos y tejidos.

### **¿Quién puede dar el consentimiento para la donación si yo decido no indicar mis deseos en este momento?**

Es importante indicar sus deseos sobre la donación de órganos o tejidos o ambos a fin de que los familiares, a quienes se consultará sobre la donación, conozcan sus deseos. No obstante, conforme a las Leyes de Nueva York existe una lista de personas que están autorizadas a dar el consentimiento para la donación de órganos o tejidos o ambos en su nombre. En la lista, estas personas figuran en orden de prioridad: su cónyuge, hijo o hija de 18 años como mínimo, su padre o madre, un hermano o hermana de 18 años como mínimo, un guardián nombrado por la corte antes de la muerte del donante u otra persona autorizada por la ley.

# Instrucciones para llenar el Formulario de Poder para la atención médica

## Punto (1)

Escriba el nombre, dirección particular y número de teléfono de la persona que seleccionó para ser su tutor.

## Punto (2)

Si desea nombrar a un tutor alternativo, escriba el nombre, dirección particular y número de teléfono de la persona que seleccionó para ser su tutor alternativo.

## Punto (3)

Su Poder para la atención médica permanecerá válido indefinidamente a menos que usted indique una fecha de caducidad o alguna condición para su caducidad. Esta sección es opcional y solamente se debe llenar si desea que su Poder para la atención médica caduque.

## Punto (4)

Si desea dar instrucciones especiales a su tutor, escríbalas en este punto. Además, si desea limitar la autoridad de su tutor de alguna manera, indíquelo en este punto o háblelo con su tutor. Si no indica ninguna limitación, su tutor podrá tomar todas las decisiones sobre la atención médica que hubiera tomado usted mismo, incluso la decisión de aceptar o rechazar un tratamiento para mantener la vida.

Si desea dar amplia autoridad a su tutor, puede hacerlo en este formulario. Escriba simplemente: *He hablado sobre mis deseos para la atención médica con mi tutor y mi tutor alternativo inclusive los deseos sobre nutrición e hidratación.*

Si desea dar instrucciones más específicas, podría indicar:

*En caso de una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir las clases de tratamiento siguientes...*

*Si entro en coma o tengo poco conocimiento, sin ninguna esperanza de recuperación, deseo/no deseo recibir las clases de tratamiento siguientes:...*

*Si tengo una lesión cerebral o una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas o hablar y no exista esperanza de que mi condición mejore, deseo/no deseo recibir las clases de tratamiento siguientes:...*

*He hablado con mi tutor acerca de mis deseos sobre \_\_\_\_\_ y deseo que mi tutor tome todas las decisiones sobre estas medidas.*

A continuación figura una lista de ejemplos de tratamientos médicos sobre los que puede dar instrucciones especiales a su tutor. Esta lista no está completa:

- respiración artificial
- nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua suministradas a través de alimentación por sonda)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicación antipsicótica
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- cirugías
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

## Punto (5)

Usted debe fechar y firmar este formulario de Poder para la atención médica. Si no puede firmarlo usted mismo, puede pedir a alguien que lo firme ante usted. Cerciórese de incluir su dirección.

## Punto (6)

En este formulario, puede indicar sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos o ambos. El tutor para la atención médica no puede tomar decisiones sobre la donación de órganos, tejidos o ambos porque la autoridad del tutor terminará cuando usted muera. La ley permite que ciertas personas, por orden de prioridad, den consentimiento para la donación de órganos o tejidos o ambos en su nombre: su cónyuge, hijo o hija de 18 años de edad como mínimo, su padre o madre, un hermano o hermana de 18 años de edad como mínimo, un guardián nombrado por la corte antes de la muerte del donante u otra persona autorizada por la ley.

## Punto (7)

Dos testigos de 18 años de edad como mínimo deben firmar este formulario de Poder. La persona que usted nombre como su tutor o tutor alternativo no podrá firmar como testigo.

# Poder para la atención médica

(1) Yo, \_\_\_\_\_  
deseo nombrar a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección particular y número de teléfono)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi tutor para la atención médica para que tome todas las decisiones de atención médica por mí, excepto hasta el punto que yo indique lo contrario. Este poder entrará en vigor solamente cuando yo no pueda tomar decisiones sobre mi propia atención médica.

(2) **Opcional: Tutor alternativo**  
Si la persona que nombre no puede, no quiere o no está disponible para actuar como mi tutor para la atención médica a continuación nombro a \_\_\_\_\_  
(nombre, dirección particular y número de teléfono)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi tutor para la atención médica y para que tome todas las decisiones de atención médica por mí, excepto hasta el punto que yo indique lo contrario.

(3) A menos que yo revoque o indique una fecha de caducidad o las circunstancias bajo las cuales caducará, este poder permanecerá en vigor indefinidamente. (Opcional: si desea que este poder caduque, indique la fecha o condiciones a continuación.) Este poder caducará (especificar fecha o condiciones):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(4) **Opcional:** Instruyo a mi tutor para la atención médica para que tome las decisiones sobre la atención médica conforme a mis deseos y limitaciones según conoce o como se indica a continuación. (Si desea limitar la autoridad de su tutor para que tome decisiones sobre la atención médica por usted, puede indicar sus deseos o limitaciones a continuación.) Instruyo a mi tutor para la atención médica para que tome las decisiones sobre la atención médica conforme a las limitaciones o instrucciones o ambos siguientes (si es necesario, añadir páginas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A fin de que su tutor tome las decisiones para la atención médica por usted sobre nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua suministradas por sonda y línea intravenosa), su tutor debe conocer, razonablemente, sus deseos. Usted puede indicar sus deseos a su tutor o incluirlos en esta sección. Consulte las instrucciones para ver un ejemplo de las palabras que podría usar si desea incluir sus deseos en este formulario, inclusive sus deseos sobre nutrición e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** *(tenga la bondad de escribir con letra de imprenta)*

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos o ambos**

A continuación hago un obsequio anatómico que entrará en vigor en el momento de mi muerte, de:  
(marcar el cuadro pertinente)

Órganos o tejidos o ambos que se necesita

Los órganos o tejidos o ambos siguientes \_\_\_\_\_

Limitaciones \_\_\_\_\_

Si no indica sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos o ambos en este formulario, no se considerará que no desea hacer una donación o evitar que una persona, autorizada por la ley, dé su consentimiento para la donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de los testigos** *(Los testigos deben tener un mínimo de 18 años de edad y no pueden ser el tutor ni el tutor alternativo para la atención médica.)*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firma este documento y tengo la impresión de que es una persona de mente clara y actúa por voluntad propia. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) testigo 1  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) testigo 2  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_



Estado de Nueva York  
George E. Pataki, Gobernador

Departamento de Salud  
Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr. P.H., Comisionada