

Lawrence General Hospital
PODER DE ATENCIÓN MÉDICA DE MASSACHUSETTS

Yo, _____ (el poderdante), nacido el _____ y con domicilio en _____, conforme a las Leyes Generales de Massachusetts, Capítulo 201D, nombro a la siguiente persona como mi apoderado para las decisiones de atención médica:

Nombre: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Si mi apoderado para las decisiones de atención médica nombrado anteriormente no estuviera disponible o se negara a servir, nombro como apoderado suplente para las decisiones de atención médica a:

Nombre: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Si yo quedara incapacitado para tomar decisiones de atención médica por mí mismo, autorizo a mi apoderado nombrado anteriormente para tomar todas las decisiones de atención médica en nombre mío. Estas decisiones incluyen, pero no se limitan a, las decisiones relacionadas con la iniciación, continuación, cesación o rechazo de cualquier tipo de atención, tratamiento, servicio o procedimiento destinado a prolongar la vida, CON LA EXCEPCIÓN DE (especifique aquí las limitaciones, SI LAS HUBIERA, que desea establecer a la autoridad de su apoderado):

Mi apoderado tomará decisiones de atención médica en nombre mío de acuerdo a su evaluación de mis deseos, los cuales incluyen mis creencias religiosas y morales. Si mis deseos se desconocieran, mi apoderado tomará las decisiones de atención médica en nombre mío de acuerdo a lo que él o ella evalúe que es en mi mejor interés.

Mi apoderado podrá obtener toda la información médica que yo tendría derecho a recibir, incluida la información médica confidencial. Una fotocopia de este poder de atención médica debe tratarse como si fuera el original. Cualquier persona a quien se le presente tal fotocopia está autorizada para considerarla como equivalente al documento original y para actuar en consecuencia.

La autoridad de mi apoderado para las decisiones de atención médica para actuar en nombre mío tendrá vigor sólo durante el período en que mi médico tratante determine que yo soy incapaz de tomar o comunicar decisiones de atención médica por mí mismo.

Firmo este poder de atención médica el _____ de 20____ en presencia de dos testigos.

Firmado: _____

(Si el poderdante no puede firmar) El poderdante no puede firmar y, a pedido del poderdante, he firmado su nombre en su presencia y en la presencia de dos testigos.

Nombre: _____

Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____

_____ (1)

Completar ambos lados →

PODER DE ATENCIÓN MÉDICA DE MASSACHUSETTS

Nosotros, los testigos abajo firmantes, declaramos cada uno en presencia del poderdante que ninguno de nosotros ha sido nombrado como apoderado o apoderado suplente para las decisiones de atención médica en el presente poder. Asimismo, declaramos que el poderdante firmó este instrumento como su poder de atención médica o que dispuso su ejecución en la presencia de cada uno de nosotros, que cada uno de nosotros firma esta poder de atención médica como testigo en presencia del poderdante, y, que a nuestro leal saber y entender el poderdante tiene dieciocho (18) años de edad o más, está en su sano juicio y no se encuentra bajo ninguna coacción o influencia indebida.

Testigo: _____ Nombre en letras de molde: _____

Dirección: _____

Testigo: _____ Nombre en letras de molde: _____

Dirección: _____

DECLARACIÓN DEL APODERADO PARA LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (OPTATIVO)

Apoderado para las decisiones de atención médica: He sido nombrado por

_____ (el “poderdante”) como **apoderado para las decisiones de atención médica** por medio del presente poder y, por la presente, acepto este nombramiento. El poderdante me ha comunicado sus deseos con respecto a la atención médica en caso de quedar incapacitado y trataré cumplir con los deseos del poderdante. No soy un operario, administrador o empleado de un hospital, hogar de ancianos, casa de reposo, hogar de soldados o de ningún otro centro de cuidados de salud donde el poderdante sea actualmente un paciente o residente o al cual haya solicitado la admisión, o, si soy tal persona, me unen al poderdante lazos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma del **apoderado para las decisiones de atención médica:** _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL APODERADO SUPLENTE PARA LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (OPTATIVO)

Apoderado suplente para las decisiones de atención médica: He sido nombrado por

_____ (el “poderdante”) como su **apoderado suplente para las decisiones de atención médica** por medio de su poder de atención médica y, por la presente, acepto este nombramiento. El poderdante me ha comunicado sus deseos con respecto a la atención médica en caso de quedar incapacitado y trataré cumplir con sus deseos del poderdante. No soy un operario, administrador o empleado de un hospital, hogar de ancianos, casa de reposo, hogar de soldados o de ningún otro centro de cuidados de salud donde el poderdante sea actualmente un paciente o residente o al cual haya solicitado la admisión, o, si soy tal persona, me unen al poderdante lazos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma del **apoderado para las decisiones de atención médica:** _____ Fecha: _____

Para más información sobre las directivas anticipadas y el poder de atención médica, por favor, llame al 978-683-4000 ext. 2550 y pida hablar con un trabajador social del Departamento de Atención Integrada (*Integrated Care Department*).

(2)

Este poder de atención médica fue preparado por *The Central Massachusetts Partnership to Improve Care at the End of Life* (Asociación de la zona central de Massachusetts para mejorar la atención médica al final de la vida). Esta organización da permiso para la reproducción de este documento en su totalidad, siempre y cuando se muestre la fuente, incluida esta presente declaración.

Completar ambos lados —————>