

NEVADA
PODER LEGAL DURADERO PARA DECISIONES
SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

ADVERTENCIA A PERSONAS QUE EJECUTEN ESTE DOCUMENTO

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE QUE CREA UN PODER LEGAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD. ANTES DE EJECUTAR ESTE DOCUMENTO, USTED DEBE CONOCER ESTOS PUNTOS IMPORTANTES:

1. Este documento otorga a la persona que usted designe como su apoderado legal, el poder de tomar por usted decisiones en cuanto al cuidado de su salud. Este poder está sujeto a cualquier limitación o declaración de su voluntad que usted incluya en este documento. El poder de tomar decisiones por usted en cuanto al cuidado de su salud puede incluir el consentimiento, negación del consentimiento, o retiro del consentimiento de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental. Usted puede declarar en este documento cualquier tipo de tratamiento o colocación que usted no desee.

2. La persona que usted designe en este documento tiene la obligación de actuar de forma consistente con su voluntad, según lo establecido en este documento o dado a conocer de alguna otra forma o, si se desconoce su voluntad, actuar según sus mejores intereses.

3. A menos que se especifique lo contrario en este documento, el poder de la persona que usted designe para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su salud puede incluir el poder de dar consentimiento a que su doctor no proporcione el tratamiento o detenga el tratamiento que le mantendría vivo.

4. A menos que usted especifique un período de tiempo más corto en este documento, este poder existirá indefinidamente a partir de la fecha en que usted ejecute este documento y, si es incapaz de tomar decisiones en cuanto al cuidado de su salud por usted mismo, este poder continuará existiendo hasta el momento en que vuelva a ser capaz de tomar decisiones por usted mismo.

5. Aparte de este documento, usted tiene el derecho de tomar por usted mismo decisiones médicas y del cuidado de su salud siempre y cuando pueda dar consentimiento informado con respecto a la decisión en particular. Además, no podrá dársele ningún tratamiento en su contra, y el cuidado a la salud necesario para mantenerlo vivo puede no detenerse si usted tiene una objeción.

6. Usted tiene el derecho de revocar la asignación de la persona designada en este documento para tomar decisiones por usted con relación al cuidado de su salud, notificando a dicha persona de la revocación ya sea de forma oral o por escrito.

7. Usted tiene el derecho de revocar la autoridad otorgada a la persona designada en este documento para tomar decisiones por usted relacionadas al cuidado de su salud, notificando al médico, hospital u otro proveedor de cuidados de la salud a cargo, ya sea de forma oral o por escrito.

8. La persona designada en este documento para tomar por usted decisiones en cuanto al cuidado de su salud tiene el derecho de examinar sus registros médicos y de dar consentimiento para darlos a conocer, a menos que usted limite este derecho en este documento.

9. Este documento revoca cualquier Poder Legal Duradero anterior para el Cuidado de la Salud.

10. Si existiera algo en este documento que usted no entendiera, deberá pedir ayuda a un abogado para que se lo explique.

1. ASIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, _____ (agregue su nombre), por este medio designo y nombro a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

como mi apoderado legal para tomar por mí decisiones sobre el cuidado de mi salud, según lo autoriza este documento.

(Agregue el nombre y dirección de la persona que desea designar como su apoderado legal, para que tome por usted decisiones sobre el cuidado de su salud. A menos que la persona sea también su cónyuge, tutor legal o la persona más cercanamente relacionada con usted por sangre, ninguno de los siguientes puede ser designado como su apoderado legal: (1) su proveedor de tratamientos para el cuidado de la salud, (2) un empleado de su proveedor de tratamientos para el cuidado de la salud, (3) un operador de una localidad de cuidado de la salud, o (4) un empleado de un operador de una localidad de cuidado de la salud.

2. CREACIÓN DE UN PODER LEGAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Por medio de este documento pretendo crear un poder legal duradero señalando a la persona designada anteriormente para tomar decisiones por mí relacionadas con el cuidado de mi salud. Este poder legal no deberá verse afectado por mi incapacidad subsiguiente.

3. DECLARACIÓN GENERAL DE AUTORIDAD OTORGADA

En caso de que sea incapaz de otorgar consentimiento informado con respecto a decisiones relacionadas con el cuidado de mi salud, por este medio otorgo al apoderado legal nombrado anteriormente, todo el poder y autoridad para tomar decisiones por mí relacionadas al

cuidado de mi salud, ya sea antes o después de mi muerte, incluyendo: consentimiento, negación del consentimiento o retiro del consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental, sujeta sólo a las limitaciones y provisiones especiales, de haber alguna, declaradas así en el párrafo 4 ó 6.

4. LIMITACIONES Y PROVISIONES ESPECIALES

(No se permite que su apoderado legal dé consentimiento sobre ninguno de los siguientes puntos: compromiso para o colocación en una localidad de tratamiento para la salud mental, tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto. Si existe cualquier otro tipo de tratamiento o colocación que no desee que la autoridad de su apoderado legal tenga consentimiento para realizar, u otras restricciones que desee colocar en la autoridad de su apoderado legal, deberá anotarlas en el espacio a continuación. Si no escribe ninguna limitación, su apoderado legal tendrá el amplio poder de tomar decisiones por usted en cuanto al cuidado de su salud, las cuales se declaran en el párrafo 3, exceptuando las limitaciones provistas por ley.)

Al ejercer la autoridad bajo este Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud, la autoridad de mi apoderado legal está sujeta a las siguientes provisiones y limitaciones especiales:

5. DURACIÓN

Entiendo que este poder legal existirá indefinidamente a partir de la fecha en que ejecute este documento, a menos que yo establezca un período de tiempo más corto. Si fuera incapaz de tomar decisiones relacionadas con mi salud por mí mismo cuando este poder legal caduque, la autoridad que he otorgado a mi apoderado legal continuará existiendo hasta el momento en que vuelva a ser capaz de tomar decisiones por mí mismo.

(SI APLICA)

Deseo que este poder legal termine en la siguiente fecha: _____.

6. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

(Con respecto a las decisiones para mantener o retirar tratamiento que mantenga la vida, su apoderado legal deberá tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud, que sean consistentes con sus deseos. Usted puede, pero no se requiere que lo haga, indicar su voluntad a continuación. Si se desconoce su voluntad, su apoderado legal tiene la obligación de actuar según sus mejores intereses; y, bajo algunas circunstancias, puede que sea necesario un procedimiento judicial para que un tribunal determine la decisión para el cuidado de su salud que actúe a favor de sus intereses. Si desea indicar su voluntad, puede PONER SUS INICIALES en la declaración o declaraciones que reflejen su voluntad y/o escribir sus propias declaraciones en el espacio a continuación.)

**(SI EL ENUNCIADO REFLEJA SU VOLUNTAD, COLOQUE SUS INICIALES
EN LA CASILLA AL LADO DEL ENUNCIADO)**

(1) Deseo que mi vida se prolongue a su mayor extensión posible, sin importar mi condición, las oportunidades que tenga de recuperación o supervivencia a largo plazo, o el costo de los procedimientos.

[_____]

(2) Si me encuentro en coma y mis doctores han concluido de forma razonable que es irreversible, deseo que no se utilicen tratamientos de prolongación o mantenimiento de la vida. (También deberán utilizarse las provisiones de NRS 449.535 al 449.690, incluyéndolas, si se colocan iniciales en este subpárrafo.)

[_____]

(3) Si tengo una condición o enfermedad incurable o terminal y no hay esperanza razonable de una recuperación o supervivencia a largo plazo, deseo que no se utilicen tratamientos de prolongación o mantenimiento de la vida. (También deberán utilizarse las provisiones de NRS 449.535 al 449.690, incluyéndolas, si se colocan iniciales en este subpárrafo)

[_____]

(4) El retiro o retención de nutrición e hidratación artificial puede dar como resultado la muerte debido a inanición o deshidratación. Deseo recibir o continuar recibiendo nutrición e hidratación artificial por medio del sistema gastrointestinal una vez que todos los demás tratamientos se hayan retirado.

[_____]

(5) No deseo que se provea y/o continúe con tratamiento si la carga del tratamiento supera los beneficios esperados. Mi apoderado legal debe considerar el liberarme de sufrimiento, la preservación o restauración de la funcionalidad y la calidad, así como la extensión posible de mi vida.

[_____]

Si debiera haber un servicio conmemorativo para mí, deseo que este servicio incluya lo siguiente (anote la música, canciones, lecturas u otras peticiones específicas que tenga):

Agregue algo más a su voluntad aquí (como su deseo de donar alguna o todas las partes de su cuerpo cuando muera):

(Si desea cambiar su respuesta, puede hacerlo dibujando una “X” sobre la respuesta que no desee, y encerrando en un círculo la respuesta que prefiera.)

DECLARACIÓN ADICIONAL DE MI VOLUNTAD:

7. Es mi intención que este instrumento sirva, tanto como un documento que se ejecute autónomamente, como una delegación de poder a mi apoderado legal. Este documento deberá considerarse como un ejercicio de todos los derechos que pudiera tener según la Constitución de los Estados Unidos, la Constitución de Nevada, y cualquier otra ley, reglamento y decisión federal y estatal relevante, para rehusar tratamiento médico.

8. Deseo que mi voluntad se lleve a cabo por medio de la autoridad concedida a mi apoderado legal por medio de este documento, a pesar de cualquier sentimiento, creencia u opinión contraria de otros miembros de mi familia, parientes o amigos.

9. Yo sé que las situaciones descritas en este documento están sujetas a diversas interpretaciones, y estoy seguro que la(s) persona(s) nombrada(s) como mi(s) apoderado(s) legal(es) hará(n) efectivo el juicio que yo mismo hubiera ejercido de haber sido competente.

10. Si mi apoderado legal o mi(s) apoderado(s) legal(es) alternativo(s) no se encuentran disponibles, aún así sigo pidiendo que se tomen en cuenta las instrucciones y preferencias en este documento.

11. ASIGNACIÓN DEL APODERADO LEGAL ALTERNATIVO

(No se requiere designar algún apoderado legal alternativo, pero puede hacerse. Cualquier apoderado legal alternativo que usted designe será capaz de tomar las mismas decisiones relacionadas con el cuidado de su salud que el apoderado legal designado en el párrafo 1, página 2, en el caso de que él o ella sea incapaz o no desee actuar como su apoderado legal. Así mismo, si el apoderado legal designado en el párrafo 1 es su cónyuge, su designación como apoderado legal se revoca automáticamente por ley si su matrimonio ha sido disuelto.)

Si la persona asignada en el párrafo 1 como mi apoderado legal es incapaz de tomar decisiones por mí en cuanto al cuidado de mi salud, entonces designo a las siguientes personas para que actúen como mi apoderado legal para tomar decisiones por mí en cuanto al cuidado de mi salud, según lo autoriza este documento, dichas personas actuarán en el orden anotado a continuación:

A. Primer apoderado legal alternativo

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

B. Segundo apoderado legal alternativo

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

12. DESIGNACIONES ANTERIORES REVOCADAS

Revoco cualquier poder legal duradero previo para el cuidado de mi salud. Sin embargo, este no deberá ser considerado como una revocación de algún poder legal duradero que pudiera haber hecho para la administración de mis negocios y/o asuntos personales.

13. RENUNCIA DE CONFLICTOS DE INTERES

Si mi apoderado legal designado o cualquier apoderado legal alternativo es mi cónyuge o es alguno de mis hijos, entonces en ese caso renuncio a cualquier conflicto de interés que dicho cónyuge o hijo pudiera tener al llevar a cabo las provisiones de este Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud, por razón del hecho de que dicho cónyuge o hijo pudiera ser un receptor de mi caudal hereditario ya sea por Testamento, por las leyes de sucesión intestada o de acuerdo a un Fideicomiso u otro acuerdo.

(USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER LEGAL)

Firmo mi nombre en este Poder Legal Duradero para el Cuidado de la Salud el:

_____, 20____, en _____
(fecha) (ciudad y estado)

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Número de Seguro Social: _____

(Este poder legal no será válido para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su salud a menos que sea (1) firmado por lo menos por dos testigos calificados que usted conozca personalmente y que se encuentren presentes cuando firme o reconozca su firma, o (2) reconocido ante un notario público.)

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DE UN NOTARIO PUBLICO

ESTADO DE NEVADA)
) ss.
CONDADO DE WASHOE)

En este _____ día de _____, 20____, ante mí, _____ (agregue aquí el nombre del Notario Público) personalmente se presenta _____ (agregue aquí el nombre del titular) al cual personalmente reconozco (o se identificó conmigo con evidencia satisfactoria) como la persona que ejecutó el instrumento anterior, y el cual reconoció ante mí que él o ella lo ejecutará para los propósitos aquí establecidos. Declaro bajo pena de perjurio que la persona cuyo nombre está escrito en este instrumento parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, ningún fraude o influencia indebida.

NOTARIO PÚBLICO

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

(Los testigos deben leer y seguir cuidadosamente este procedimiento. Este documento no será válido a menos que cumpla con el procedimiento para los testigos. Si usted elige utilizar un testigo en lugar de que este documento esté notariado, deberá utilizar dos testigos adultos calificados. Ninguno de los siguientes podrá ser utilizado como testigo: (1) una persona que designe como el apoderado legal, (2) un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, (3) un empleado de un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, (4) el operador de una localidad de servicios para el cuidado de la salud, o (5) un empleado de un operador de una localidad de servicios para el cuidado de la salud.)

Declaro bajo pena de perjurio que el titular es personalmente conocido mío, que el titular firmó o reconoció este Poder Legal Duradero en mi presencia, que el titular aparece en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, ningún fraude o influencia indebida, que no soy la persona asignada como apoderado legal por este documento, y que no soy un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, un empleado de un proveedor de servicios para el cuidado de la salud, el operador de una localidad comunitaria de servicios para el cuidado de la salud, ni un empleado de una localidad de servicios para el cuidado de la salud.

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

(NOTA: POR LO MENOS UNO DE LOS TESTIGOS ANTERIORES DEBE TAMBIÉN FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN)

DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Declaro bajo pena de perjurio que no estoy relacionado con el titular por sangre, matrimonio o adopción, y según mi mejor conocimiento, no tengo derecho a ninguna parte de la herencia del titular a la muerte del titular bajo un deseo ya existente o por la operación de la ley.

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

COPIAS: Usted deberá conservar una copia ejecutada de este documento y entregar una a su apoderado legal. El poder legal deberá estar disponible para que se entregue una copia a sus proveedores de servicios para el cuidado de la salud.

DECLARACIÓN

Si yo presentara una condición incurable e irreversible que, sin la administración de tratamiento para mantener la vida, ocasionara, en la opinión del médico que me atiende, mi muerte dentro de un período de tiempo relativamente corto, y ya no fuera capaz de tomar decisiones en lo concerniente a mi tratamiento médico, instruyo a cualquier médico que me atienda, de acuerdo con los reglamentos NRS 449.535 al 449.690, incluyéndolos, que retenga o retire el tratamiento que sólo prolonga el proceso de muerte y que no sea necesario para mi comodidad o para aliviar el dolor.

NOTA: Si desea incluir el siguiente párrafo en esta declaración, deberá ESCRIBIR SUS INICIALES en el párrafo, en la casilla provista:

Retener o retirar la hidratación y nutrición artificial puede dar como resultado en la muerte por inanición o deshidratación. Coloque sus iniciales en esta casilla si desea recibir o continuar recibiendo nutrición e hidratación artificiales por medio del sistema gastrointestinal una vez que todos los demás tratamientos se hayan retirado según esta declaración..... [_____]

Firmado este _____ día de _____, 20_____

Firma: _____

Dirección: _____

La persona que declara voluntariamente firma este documento en mi presencia.

Testigo: _____

Dirección: _____

Testigo: _____

Dirección: _____

UNA CARTA PARA MIS SERES QUERIDOS

Queridos míos:

Deseo la mejor calidad de vida que pueda tener durante mis últimos días. Es por ello que por este medio requiero lo siguiente:

- (a) Pido que se proporcione tratamiento médico para aliviar el dolor, proporcionar comodidad y mitigar el sufrimiento, para poder estar tan libre de dolor y sufrimiento como sea posible. Por favor consulten a mi médico a este respecto. [_____]

- (b) Si mi temperatura se encuentra por encima de lo normal, deseo que se coloque un paño húmedo y fresco sobre mi cabeza. [_____]

- (c) Deseo que mis labios y boca se mantengan húmedos. [_____]

- (d) Necesito que se me mantenga fresco y limpio en todo momento. Deseo bañarme con agua caliente frecuentemente, si me encuentro lo suficientemente estable para bañarme. [_____]

- (e) Deseo que se me den masajes con o sin aceites tibios tan frecuentemente como ustedes piensen que sea necesario, para ayudarme a mantener la integridad de mi piel y para proporcionar mi comodidad. [_____]

- (f) Deseo tener cuidados personales como que me corten las uñas, me peinen el cabello, me cepillen los dientes y me rasuren, siempre y cuando esto no me cause dolor. [_____]

Espero que mi familia y amigos consideren que:

- (a) Disfruto de su compañía y deseo que estén conmigo siempre que sea posible. Deseo que uno de ustedes permanezca conmigo cuando pareciera que mi muerte fuera inminente. [_____]

- (b) Por favor continúen hablándome sobre lo que sucede día con día, incluso cuando piensen que no entiendo, porque quizás sea capaz de entender. [_____]

- (c) Por favor no tengan miedo de tomar mi mano o de abrazarme.
- (d) Por favor díganles a los miembros de mi iglesia o sinagoga que estoy enfermo y que les pido que recen por mí y que me visiten.
- (e) Por favor mantengan una atmósfera llena de ánimo a mi alrededor.
- (f) Por favor coloquen fotografías de mis seres queridos en mi habitación, cerca de mi cama o cerca del lugar donde me siento durante el día.
- (g) Mi ropa y mis sábanas deberán mantenerse limpias, y deberán cambiarse en cuanto sea posible si se han ensuciado.
- (h) De ser posible, permítanme morir en mi casa.
- (i) Por favor hagan los arreglos necesarios para que pueda ver televisión, o escuchar mis eventos deportivos favoritos.
- (j) Permítanme disfrutar del exterior tan frecuentemente como sea posible, dejándome pasar tiempo en mi patio, jardín y otros lugares exteriores apropiados, aún cuando esto ocasione algún tipo de ligera incomodidad para ustedes o para mí.
- (k) Deseo escuchar mi música favorita siempre que sea posible.
- (l) Deseo que me lean pasajes religiosos cuando esté cerca de la muerte.
- (m) Deseo que me lean mis poemas favoritos de cuando en cuando.

Quiero que sepan lo siguiente sobre mis pensamientos y preocupaciones, si estoy incapacitado y no puedo transmitir a ustedes estos pensamientos de forma verbal:

- (1) Quiero que sepan que los amo.
- (2) Quiero que me perdonen por las veces que los ofendí.

- (3) Los perdono por aquello que pudieran haberme hecho durante mi vida. [_____]
- (4) Quiero que sepan que no le temo a la muerte. [_____]
- (5) Quiero que todos los miembros de mi familia renueven sus votos de amor los unos por los otros. [_____]
- (6) Por favor recuerdenme como era antes de que tuviera esta enfermedad terminal. [_____]
- (7) Por favor ayúdenme a hacer que la vida siga teniendo significado durante este proceso de morir, dándose cuenta que ésta es una oportunidad de crecimiento personal para todos. [_____]
- (8) No tengan miedo de pedir ayuda si tienen problemas con mi muerte. [_____]

Si mis amigos desean saber cómo quiero que me recuerden, díganles lo siguiente:

La(s) siguiente(s) persona(s) conoce(n) mis planes funerarios:

Si se llevara a cabo algún servicio conmemorativo para mí, deseo incluir lo siguiente (anote música, canciones, lecturas u otros planes para dicho servicio):

También tengo las siguientes peticiones:

Estas son peticiones para los miembros de mi familia, seres queridos y amigos, y no deberán considerarse como instrucciones legales para mi apoderado legal para el cuidado de la salud, de haber alguna.

(Si desea cambiar su respuesta, puede hacerlo dibujando una "X" que atraviese la respuesta que no desee, y encerrando en un círculo la respuesta que prefiera)

Fechado este ____ día de _____, 20_____.

Firma

Nombre Impreso