

# Aviso al individuo que firma el Formulario Breve Estatutario de Illinois de Poder Notarial para Cuidado Médico.

## Favor de leer atentamente este aviso.

El formulario que usted firmará es un documento legal. Es gobernado por la ley *Illinois Power of Attorney Act* (Ley de Poder Notarial de Illinois). Si hay algo en este formulario que usted no entiende, debe pedir a un abogado que se lo explique.

Este formulario de poder notarial tiene el propósito de dar a su “agente” designado poderes amplios para tomar decisiones sobre la atención médica de usted, incluidos el poder de requerir, dar consentimiento o retirar el tratamiento para cualquier condición física o mental, y para ingresarlo o darle de baja de cualquier hospital, hogar u otra institución. Se permite que usted nombre agentes sucesores con este formulario, pero no se permite que nombre a coagentes.

Este formulario no le impone a su agente el deber de tomar tales decisiones sobre la atención médica, así que es importante que usted escoja a un agente que acordará hacer esto a favor de usted y que tomará dichas decisiones de acuerdo con los deseos de usted. También es importante escoger a un agente en quien usted confía, ya que le dará a ese agente el control sobre sus decisiones médicas, entre ellas las que tratan el final de la vida. Cualquier agente que sí actúe a favor de usted tiene el deber de actuar en buena fe por el bien de usted y usar el debido cuidado, aptitud y diligencia. Él o ella también debe actuar de acuerdo con la ley y con las declaraciones de este formulario. Su agente debe guardar un registro de todas las acciones significativas que tome al actuar como su agente.

A menos que usted limite específicamente el plazo de tiempo que este poder notarial estará en vigencia, su agente podrá ejercer los poderes que se le otorgan durante toda la vida de usted, aun después de que usted esté incapacitado/a. Sin embargo, un tribunal puede revocar los poderes de su agente si halla que el agente no actúa apropiadamente. Usted también puede revocar el presente poder notarial si desea hacerlo.

Los poderes que usted otorga a su agente, el derecho de usted a revocar esos poderes y las consecuencias penales de violar la ley se explican más plenamente en las Secciones 4-5, 4-6 y 4-10(c) de la ley *Illinois Power of Attorney Act*. Este formulario constituye una parte de dicha ley. Los párrafos indicados con “NOTA” en todo el formulario contienen instrucciones.

No se requiere que usted firme este formulario de poder notarial, pero no será vigente sin la firma de usted. No debe firmarlo si no entiende todo lo que contiene, y lo que su agente podrá hacer si usted sí la firma.

Por favor escriba sus iniciales en la siguiente línea para indicar que ha leído este aviso.

---

(iniciales del interesado)

# Formulario Breve Estatutario de Illinois

## Podar Notarial para Cuidado Médico

1. Yo, \_\_\_\_\_  
(escribir nombre, fecha de nacimiento y dirección del interesado)

por la presente revoco todo poder notarial anterior para cuidado médico formalizado por mí y nombro a:

\_\_\_\_\_  
(escribir nombre y dirección del agente)

(NOTA: No se permite nombrar a coagentes con la presente forma) como mi apoderado (mi “agente”) para que actúe para mí y en mi nombre (de cualquier manera que yo podría actuar personalmente) tome cualquier y toda decisión para mí con respecto a mi cuidado personal, tratamiento médico, ingreso en hospitales y cuidado médico y para requerir, rehusar o retirar cualquier tipo de tratamiento o procedimiento médico, aunque mi muerte pueda resultar.

A. Mi agente tendrá el mismo acceso a mis archivos médicos que yo tengo, y tendrá además el derecho a divulgar el contenido a otros.

B. Efectivo a mi muerte, mi agente tendrá el pleno poder de hacer un donativo anatómico de lo siguiente (indique una opción con sus iniciales):

(NOTA: Indique una opción con sus iniciales. En caso de que no se indique ninguna opción con sus iniciales, se concluirá que usted no quiere otorgar a su agente ninguna autoridad en este asunto).

\_\_\_\_\_ Cualquier órgano, tejido u ojo que sea apto para la trasplatación o el uso en la investigación o educación.

\_\_\_\_\_ Órganos específicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No otorgo a mi agente la autoridad de hacer ningún donativo anatómico.

C. Mi agente también tendrá el pleno poder de autorizar una autopsia y dirigir la disposición de mis restos. Es mi intención que dicho poder notarial cumpla substancialmente la Sección 10 de la ley *Disposal of Remains Act* (Ley sobre la disposición de restos). Todas las decisiones tomadas por mi agente con respecto a la disposición de mis restos, incluida la cremación, serán vinculantes. Yo ordeno por la presente que cualquier organización de cementerios, negocio que opera un crematorio o columbario o los dos, director de funerales o embalsamador, o negocio funerario que reciba una copia del presente documento, actúe en consecuencia con el mismo.

D. Es mi intención que se trate a la persona nombrada como mi agente como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relativos al uso y la divulgación de mis datos médicos individualmente identificables u otros archivos médicos, entre ellos archivos o comunicaciones gobernadas por la ley *Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act* (Ley de confidencialidad sobre la salud mental y las discapacidades del desarrollo). Esta autoridad de divulgación es aplicable a cualquier información gobernada por la ley *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (HIPAA, o Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos) y el reglamento bajo ella. Es mi intención que la persona nombrada como mi agente sirva de mi “representante personal” según la definición de dicho término de acuerdo con HIPAA y el reglamento bajo ella.

(i) La persona nombrada como mi agente tendrá el poder de autorizar la divulgación a terceras personas de información gobernada por HIPAA.

(ii) Yo autorizo a cualquier médico, profesional de atención médica, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica cubierta, cualquier compañía de seguros y *Medical Informational Bureau Inc.* o cualquier otra entidad de atención médica que me ha provisto tratamiento o servicios, o que ha pagado o está buscando un pago a favor de mí por tales servicios, que dé, divulgue y revele al persona nombrada como mi agente, sin restricción, todos mis datos médicos individualmente identificables y archivos médicos, respecto a cualquier condición pasada, actual o futura de la salud médica o mental, inclusive toda la información relativa al diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas o alcohol y enfermedad mental (incluidos los archivos o comunicaciones gobernados por la ley *Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act*).

(iii) La autoridad otorgada a la persona nombrada como mi agente sustituirá cualquier acuerdo anterior que yo tenga con mis proveedores de atención médica para restringir el acceso o la divulgación de mis datos médicos individualmente identificables. La autoridad otorgada a la persona nombrada como mi agente no tiene fecha de caducidad y se vencerá solamente en caso de que yo revoque la autoridad en forma escrita y la presente a mi proveedor de atención médica.

(NOTA: Se propone que la concesión de poder de arriba sea de lo más amplio posible para que su agente tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o terminar cualquier tipo de atención médica, incluido el retiro de comida y agua y otras medidas para sostener la vida, si su agente cree que tal acción sería consecuente con la intención y los deseos de usted. Si usted desea limitar el alcance de los poderes de su agente, prescribir reglas especiales o limitar el poder de hacer un donativo anatómico, autorizar una autopsia o disponer de sus restos, se permite que usted lo haga en los siguientes párrafos).

2. Los poderes que se otorgan arriba no incluirán los siguientes poderes o se hallarán sujetos a las siguientes reglas o limitaciones:

(NOTA: Aquí se permite que usted escriba cualquier limitación específica que considera apropiada, como: su propia definición de cuándo se deben rehusar las medidas para sostener la vida; una instrucción de seguir proveyendo comida y líquidos o tratamientos para sostener la vida en todo caso; o instrucciones para rehusar cualquier tipo específico de tratamiento que sea incompatible con sus creencias religiosas o inaceptables para usted por cualquier otro motivo, como una transfusión de sangre, terapia electroconvulsiva, amputación, psicocirugía, ingreso voluntario a una institución de salud mental, etc.).

---

---

---

---

---

(NOTA: El tema del tratamiento para sostener la vida es particularmente importante. Para su conveniencia al tratar este tema, se exponen abajo algunas frases generales sobre el rehusar o quitar el tratamiento para sostener la vida. Si usted está de acuerdo con alguna de dichas frases, se permite que lo indique apuntando sus iniciales, pero no indique más de una. Estas declaraciones sirven de guía para su agente, quien considerará cuidadosamente la frase que usted indique al tomar él o ella decisiones sobre el cuidado médico a favor de usted).

Yo no quiero que mi vida sea prolongada, ni quiero que se proporcione o continúe el tratamiento para sostener la vida si mi agente cree que las cargas del tratamiento superan los beneficios esperados. Quiero que mi agente considere el alivio del sufrimiento, el costo ocasionado y la calidad además de la extensión posible de mi vida al tomar decisiones sobre el tratamiento para sostener la vida.

Iniciales \_\_\_\_\_

Yo quiero que mi vida sea prolongada y quiero que se proporcione o continúe el tratamiento para sostener la vida a menos que, según la opinión del médico que me atiende, de acuerdo con las normas médicas razonables a la hora de referencia, me halle en un estado de “inconsciencia permanente” o sufro de una “condición incurable o irreversible” o “condición terminal”, según la definición de dichos términos en la Sección 4-4 de la ley *Illinois Power of Attorney Act*. Si me hallo en alguno de dichos estados o condiciones, quiero que se rehúse o descontinúe el tratamiento para sostener la vida.

Iniciales \_\_\_\_\_

Yo quiero que mi vida sea prolongada en el mayor grado posible de acuerdo con las normas médicas razonables sin respecto a mi condición, las posibilidades de mi recuperación ni el costo de los procedimientos.

Iniciales\_\_\_\_\_

(NOTA: Este poder notarial puede ser enmendado o revocado por usted según la manera expuesta en la Sección 4-6 de la ley *Illinois Power of Attorney Act*.

3. ( ) El presente poder notarial entrará en vigencia el \_\_\_\_\_

(NOTA: Escriba una fecha o evento futuro dentro de su vida, como una determinación por un tribunal de su incapacidad o una determinación escrita por su médico que usted está incapacitado/a, cuando usted quiere que este poder notarial entre en efecto por primera vez).

(NOTA: Si usted no enmienda ni revoco este poder notarial, o si no detalla una fecha específica de terminación en el párrafo 4, el mismo seguirá vigente hasta la muerte de usted; pero su agente todavía tendrá la autoridad de donar sus órganos, autorizar una autopsia y disponer de los restos de usted después de su muerte, si usted le otorga esa autoridad a su agente).

4. ( ) El presente poder notarial terminará el \_\_\_\_\_

(NOTA: Escriba una fecha o un evento del futuro, como una determinación por un tribunal que usted no está legalmente incapacitado/a o una determinación escrita por su médico que usted no está incapacitado, si de su incapacidad, cuándo quiere usted que este poder notarial termine antes de su muerte).

(NOTA: No se permite que usted use este formulario para nombrar a coagentes. Si usted quiere nombrar a agentes sucesores, escriba los nombres y las direcciones de los sucesores en el párrafo 5).

5. En caso de que cualquier agente nombrado por mí muera, llegue a ser incompetente, se dimita, rechace el oficio de agente o no esté disponible, yo nombro a las siguientes personas (cada una actuará solo y sucesivamente, en la secuencia en que son nombradas) como sucesores de tal agente:

Para los propósitos del presente párrafo 5, se considerará que una persona es incompetente si y mientras la misma es menor de edad, o un juez ha determinada que es incompetente o discapacitada, o la persona no puede dar consideración rápida e inteligente a asuntos de cuidado médico, según lo certifica un médico licenciado.

(NOTA: Si usted quiere, puede nombrar a su agente como responsable legal de su persona si un tribunal decide que se debe nombrar a uno. Para hacer así, retenga el párrafo 6, y el tribunal nombrará su agente si el tribunal halla que dicho nombramiento servirá el mejor interés y el bienestar de usted. Tache el párrafo 6 si usted no quiere que su agente actúe como responsable legal).

6. Si se ha de nombrar a un responsable legal de mi persona, yo propongo al agente que actúa según este poder notarial como tal responsable, para que sirva sin obligación ni garantía.

7. Estoy plenamente informado/a sobre todo el contenido de este formulario y entiendo la importancia completa de esta concesión de poderes a mi agente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_  
(firma del interesado o marca principal)

El interesado ha tenido la oportunidad de revisar el formulario que aparece arriba, y ha firmado el formulario o ha reconocido su firma o marca en el formulario en mi presencia. El testigo que firma abajo certifica que el mismo no es (a) el médico que atiende al interesado, su proveedor de servicios de salud mental ni un pariente del médico o proveedor; (b) un propietario, operador o pariente de un propietario u operador de una instalación de cuidado médico en la que el interesado es paciente o residente; (c) un padre, madre, hermano, descendiente o cualquier cónyuge de tal padre, madre, hermano o descendiente del interesado o de cualquier agente o agente sucesor según el antedicho poder notarial, sin importar si tal relación existe por sangre, matrimonio o adopción; o (d) un agente o agente sucesor según el antedicho poder notarial.

\_\_\_\_\_  
(firma del testigo) (nombre del testigo en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(dirección: número y calle)

\_\_\_\_\_  
(ciudad, estado, código postal)

(NOTA: Se permite, pero no se requiere, que usted pida que su agente y sus agentes sucesores proporcionen firmas ejemplares abajo. Si usted incluye firmas ejemplares en este formulario de poder notarial, debe completar la certificación que aparece al lado de las firmas de los agentes).

Yo certifico que las firmas de mi agente (y los sucesores) son correctas.

\_\_\_\_\_  
(agente) (interesado)

\_\_\_\_\_  
(agente sucesor) (interesado)

\_\_\_\_\_  
(agente sucesor) (interesado)

(NOTA: Es opcional dar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que preparó este formulario o que ayudó al interesado a completarlo).

\_\_\_\_\_  
(nombre del preparador)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(teléfono)