

**DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y CARTA DE PODER ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS**

**Acta de Consentimiento Médico y Muerte Natural  
Estado de Idaho, Capítulo 45  
Fecha en Vigencia 1ro. de Julio del 2005**

Fecha de las Instrucciones: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa las Instrucciones: \_\_\_\_\_  
Dirección de la persona que completa las Instrucciones: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD**  
Instrucciones para Proporcionar o Suspender Tratamiento

1. En plenitud de mis facultades, libre y voluntariamente hago saber mis deseos relacionados con mi cuidado médico durante la fase final de la vida, específicamente la opción de prolongar mi vida artificialmente bajo las circunstancias establecidas a continuación. Estas instrucciones entrarán en efecto únicamente si no tengo la capacidad para comunicar mis instrucciones y:
  - a. Tengo una lesión, enfermedad, mal o condición incurable y los dos (2) médicos que me examinaron certificaron que:
    1. Dicha lesión, enfermedad, mal o condición es terminal; y
    2. La aplicación de procedimientos para el sostén artificial de la vida sólo serviría para prolongar artificialmente mi vida; y
    3. Mi muerte es inminente, ya sea que se utilicen o no procedimientos para el sostén artificial de la vida.
  - O
  - b. Me han diagnosticado que estoy en un estado vegetativo permanente.

**En dicho caso, pido que se siga la expresión marcada a continuación en cuanto a mi deseo, que se me permita morir naturalmente, y que se me administre cualquier tratamiento o cuidado médico necesario para mantenerme libre de dolor o sufrimiento.**

**MARQUE SÓLO UNA DE LAS OPCIONES Y ESCRIBA SUS INICIALES EN LA LÍNEA DISPONIBLE**

**Opción 1. Medidas Heroicas y Alimentación Artificial**

\_\_\_\_ Si en cualquier momento dado no tengo la capacidad para comunicar mis instrucciones, pido que se me proporcione todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico necesario para restaurar mi salud y mantenerme con vida. No se me debe suspender o retirar la alimentación e hidratación, sea artificial o no, si es probable que muriera principalmente por desnutrición o deshidratación en vez de a causa de mi lesión, enfermedad, mal o condición.

**O**

**Opción 2. Alimentación Artificial sin Medidas Heroicas.**

\_\_\_\_ Si en cualquier momento dado no tengo la capacidad para comunicar mis instrucciones y donde la aplicación de procedimientos para el sostén artificial de la vida sólo serviría para prolongar artificialmente mi vida, pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico, incluso los procedimientos para el sostén artificial de la vida, excepto que no se suspenda la alimentación e hidratación, sea artificial o no, como se explica abajo.

Se me debe proporcionar alimentación e hidratación (ya sea artificial o no), si es probable que muriera principalmente por desnutrición o deshidratación en vez de por causa de mi lesión, enfermedad, mal, o condición. Marque una de las casillas y escriba sus iniciales en la línea disponible. Si no marca ninguna de las siguientes casillas o no escribe sus iniciales en la línea disponible, entonces se le administrará alimentación e hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no.

- \_\_\_\_ Sólo se deberá administrar hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no;
- \_\_\_\_ Sólo se deberá administrar alimentación de cualquier tipo, ya sea artificial o no;
- \_\_\_\_ Se deberán administrar ambas, alimentación e hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no.

**O**

**Opción 3. Ninguna Medida Heroica ni Ninguna Alimentación Artificial**

\_\_\_\_ Si en cualquier momento dado no tengo la capacidad para comunicar mis instrucciones y donde la aplicación de procedimientos para el sostén artificial de la vida sólo serviría para prolongar artificialmente mi vida, pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico, incluyendo la suspensión de la alimentación e hidratación artificial.

[Pido que se me ofrezca alimentación e hidratación por el tiempo que yo desee y mientras yo pueda tomar líquidos, pedacitos de hielo y/o comida por la boca.]

*Las definiciones de procedimientos para el sostén artificial de la vida, nutrición e hidratación artificial y decisiones de cuidados médicos se explican en el apéndice.*

2. Estas instrucciones serán la expresión final de mi derecho legal de rechazar un tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de dicha decisión.
3. Si se diagnostica que estoy embarazada, estas instrucciones no tendrán efecto durante mi embarazo
4. Entiendo la importancia absoluta de estas instrucciones y estoy emocional y mentalmente competente para completar estas instrucciones. Ninguna persona que participe en la preparación o lleve a la práctica estas instrucciones ya sea el médico, cónyuge, pariente, amigo o cualquier otra persona, de ninguna manera será responsable, ya sea legal, profesional o socialmente por cumplir con mis instrucciones.

## **UNA CARTA DE PODER ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS**

- 1. Designación del Agente a Cargo de los Cuidados Médicos.** *Ninguno de los siguientes puede ser designado como su agente: (1) el proveedor de sus cuidados médicos; (2) un empleado del proveedor de sus cuidados médicos que no es su familiar; (3) un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad; o (4) el empleado de un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad que no es familiar. Si el agente o el agente alterno designado en estas instrucciones es su cónyuge y después se disuelve su matrimonio, dicha designación deberá por lo tanto ser cancelada.*

Por medio de la presente designo y nombro como mi abogado de hecho (agente) al siguiente individuo para que tome por mí las decisiones sobre los cuidados médicos de acuerdo con lo autorizado en estas instrucciones. *(Escriba el nombre, dirección y número telefónico sólo de una persona, como su agente para que tome por usted las decisiones sobre sus cuidados médicos.)*

### **Agente para Cuidados Médicos**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

*Para efectos de estas Instrucciones, cuando se habla de "decisiones sobre los cuidados médicos" significa dar consentimiento, rechazar o retirar el consentimiento de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento con el propósito de mantener, sostener, diagnosticar o tratar la condición física de un individuo.*

**2. PREPARACIÓN DE LA CARTA DE PODER ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS.** En esta parte de las Instrucciones, preparo una Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos. Esta Carta de Poder no se verá afectada por mi subsiguiente incapacidad. Esta Carta de Poder entrará en efecto sólo cuando yo no tenga la capacidad para comunicarme razonablemente.

**3. DECLARACIÓN GENERAL PARA CONCEDER AUTORIDAD.** Sujeto a cualquier limitación en estas instrucciones, incluyendo lo establecido en el párrafo dos (2) anterior, por medio de la presente otorgo a mi agente poder y autoridad total para que tome por mí decisiones sobre mis cuidados médicos, de la misma manera que yo tomaría dichas decisiones si tuviera la capacidad para hacerlo. Al ejercitar tal autoridad, mi agente tomará decisiones sobre los cuidados médicos conforme a mis deseos, según lo establecido en estas instrucciones o de otro modo conocidas por mi agente incluyendo, pero no limitado a mis deseos con respecto a recibir, rechazar o suspender cuidados, tratamientos, servicios o procedimientos que prolonguen la vida, incluyendo los deseos establecidos en la Declaración de Ultima Voluntad o documento similar ejecutado por mí, si lo hay.

*(Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar decisiones sobre su cuidado médico, declare las limitaciones en el párrafo cuatro (4) "Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones", que aparece a continuación. Puede indicar sus deseos incluyendo una declaración de sus deseos en el mismo párrafo.)*

**4. DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES.** *(Su agente debe tomar las decisiones sobre su cuidado médico en conformidad con los deseos que usted ha expresado. No es requerido, pero si desea usted puede expresar sus deseos en el espacio proporcionado abajo. Considere incluir una declaración de sus deseos con respecto a:*

- a. Los cuidados, tratamientos, servicios y procedimientos para prolongar la vida.*
- b. Otros asuntos relacionados con su cuidado médico, incluyendo una lista de una o más personas a las cuales usted haya designado para recibir información médica sobre usted y/o para visitarle en una institución médica.*

*Puede también dar a conocer sus deseos al agente designado, ya sea verbalmente o a través de otros medios. Si hay algún tipo de tratamiento que no desea que se use, debe expresarlo en el espacio proporcionado abajo. Si quiere de alguna manera limitar la*

*autoridad que estas instrucciones otorgan a su agente, debe manifestarlo también en el espacio proporcionado. Si usted no expresa límite alguno, su agente tendrá amplio poder para tomar decisiones en cuanto a su cuidado médico, excepto las que limita la ley.).*

Al ejercitar la autoridad que confiere esta Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos, mi agente deberá actuar conforme a mis deseos según lo establecido a continuación y estará sometido a las disposiciones especiales y a las limitaciones establecidas en la Declaración de Última Voluntad o documento similar ejecutado por mí, si lo hay. Declaración de deseos, disposiciones especiales y limitaciones adicionales: Ninguna, excepto las especificadas en este o explicadas en una declaración anexa.

---

---

---

---

**Le pedimos que hable claramente con su agente (la persona que hablará por usted si usted no tiene la capacidad para comunicarse), en cuanto a sus deseos sobre los cuidados durante la fase final de la vida.**

**5. VERIFICACIÓN Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL**

- A. Otorgamiento General de Poder y Autoridad. Mi agente, sometido a cualquier limitación en estas instrucciones, tiene poder y autoridad para llevar a cabo todo lo siguiente:
1. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, respecto a mi salud física o mental incluyendo, mas no limitado a los expedientes médicos y del hospital;
  2. Ejecutar en mi nombre cualquier comunicación u otros documentos que sean necesarios a fin de obtener esta información.
  3. Dar consentimiento para revelar esta información.
  4. Dar consentimiento para la donación de cualquiera de mis órganos con fines médicos.

*(Si desea limitar la autoridad de su agente para recibir y revelar información relacionada con su cuidado médico, debe declarar las limitaciones en el párrafo cuatro (4) "Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones", en el espacio arriba.)*

- B. Autoridad para entregar información según HIPAA. Mi agente debe ser tratado como se me trataría a mí con respecto a mis derechos en cuanto al uso y revelación de información sobre mi salud u otros expedientes médicos personales. Esta autoridad para revelar información se aplica a cualquier información regulada por el Acta de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (por sus siglas en Inglés HIPPA Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), 42 U.S.C. 1320d y 45 CFR 160 a 164.

Autorizo a cualquier médico, profesional de cuidados médicos, dentista, plan médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, otro proveedor de cuidados médicos con cobertura médica, cualquier compañía de seguros, al Medical Information Bureau, Inc., u otro centro coordinador de cuidados médicos que me haya proporcionado tratamiento o servicios, o que haya pagado o pedido que yo pagara por dichos servicios, a que proporcionen, revelen o entreguen a mi agente, sin restricción alguna, toda información sobre mi salud y expedientes médicos personales relacionados con cualquier estado de salud mental o física pasada, presente o futura, incluyendo toda información relacionada con el diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedades mentales o abuso de drogas y alcohol.

La autoridad otorgada a mi agente reemplazará cualquier otro acuerdo que yo pudiera haber hecho con mis proveedores de cuidado médico, con objeto de impedir el acceso o la revelación de mi información médica personal. La autoridad otorgada a mi agente no tiene fecha de vencimiento y vencerá sólo si yo cancelo dicha autoridad por escrito y la entrego a mi proveedor de cuidados médicos.

- 6. FIRMA DE LOS DOCUMENTOS, RENUNCIAS Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN.** Si llega a ser necesario implementar las decisiones sobre los cuidados médicos que mi agente está autorizado a tomar de acuerdo a estas instrucciones, mi agente tiene poder y autoridad para ejecutar en mi nombre lo siguiente:
- a. Documentos titulados, o que alegan ser un "Rechazo para Aceptar Tratamiento" y/o "Salir del Hospital contra Indicaciones Médicas"; y
  - b. Cualquier renuncia o liberación de responsabilidad requerida por el hospital o médico.
- 7. DESIGNACIÓN DE AGENTES ALTERNOS.** *(No es requerido designar agentes alternos, pero puede hacerlo si desea. En caso de que el agente designado en el párrafo uno (1) arriba, no pueda o no es elegible para actuar, cualquier agente alternativo que usted escoja puede de la misma manera tomar decisiones sobre los cuidados médicos. Si asigna a su cónyuge como un agente alternativo y más adelante su matrimonio se disuelve, este no será elegible para actuar como su agente).*

Si la persona asignada como mi agente en el párrafo uno (1), no está disponible o no es elegible para actuar como mi agente para tomar decisiones sobre mis cuidados médicos o si pierde la capacidad mental para tomar decisiones sobre mis cuidados médicos o si cancelo el nombramiento o autoridad de tal persona para actuar como mi agente, entonces asigno y nombro a las siguientes personas para que sirvan como mis agentes a fin de que tomen decisiones sobre mis cuidados médicos, según lo autorizado por estas instrucciones. Dichas personas asumirán esta función en el orden que se menciona a continuación:

**A. Primer Agente Alterno**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**B. Segundo Agente Alterno**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**C. Tercer Agente Alterno**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**8. CANCELACIÓN DE LAS DESIGNACIONES PREVIAS.** Cancelo cualquier Declaración de Última Voluntad y Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos que se haya realizado previamente.

Yo firmo mi nombre en este Documento Legal Declaración de Última Voluntad y Carta de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos en la fecha establecida al principio de este Documento en (ciudad) \_\_\_\_\_, Idaho.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

# APÉNDICE

## DEFINICIONES

### Acta de Consentimiento Médico y Muerte Natural

#### Estado de Idaho

#### Capítulo 45

Fecha en Vigencia: 1ro. de Julio de 2005

#### **Sostenimiento artificial de la vida**

- Es cualquier procedimiento o intervención médica que utiliza medios mecánicos para sostener o sustituir una función vital que, aplicada a un paciente calificado, sólo serviría para prolongar artificialmente la vida.
- Esto no incluye la administración de medicamentos ni la realización de algún procedimiento médico considerado necesario para aliviar el dolor.

#### **Nutrición e hidratación artificial**

- Significa administrar alimento y agua a través de un conducto, como un tubo o vía intravenosa, por la cual el receptor no tiene que masticar ni tragar voluntariamente.
- Esto no incluye la alimentación asistida, tal como alimentación en la boca con una cuchara o con botella.

#### **Decisiones para los cuidados médicos**

- Dar, rechazar o retirar el consentimiento de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento con el propósito de mantener, diagnosticar o tratar la condición física de un individuo.

*A Better Way Coalition: Life on Our Own Terms agradece a los miembros de la comunidad que hicieron posible la traducción de este documento al Español. A Better Way Coalition es una organización, una alianza al nivel del Estado de Idaho comprometida a promover compasión en los cuidados durante la fase final de la vida.*

*Para copias adicionales de este formulario, tarjetas para la cartera, e información en cuanto al planeamiento de cuidados avanzados y los cuidados durante la fase final de la vida, por favor visite [www.abetterwaycoalition.org](http://www.abetterwaycoalition.org).*

*Los estatutos del estado de Idaho – Capítulo 45 Acta de Consentimiento Médico y Muerte Natural (Declaración de Última Voluntad y Carta de Poder Ilimitado para Cuidado Médicos) se pueden encontrar en: <http://www3.state.id.us/idstat/TOC/39045KTOC.html>*