

PODER DE CUIDADO DE SALUD

Formulario Estatutario

1. Poder de Cuidado de Salud

Yo, _____, como principal, designo a _____ como mi agente para todos los asuntos relacionados con mi cuidado de salud, incluso, sin restricciones, el poder completo de dar o rehusar el consentimiento para el cuidado médico, quirúrgico y de hospital y otro cuidado de salud relacionado. Este poder entra en vigor con mi incapacidad de hacer o comunicar las decisiones de cuidado de salud. Todas las acciones de mi agente bajo este poder, durante cualquier período cuando no puedo hacer ni comunicar las decisiones de cuidado de salud o cuando hay duda si estoy muerto o vivo, tienen el mismo efecto en mis herederos, beneficiarios y representantes personales como si estuviera vivo, competente y representado por mi mismo.

Si mi agente no está dispuesto a servir o continuar a servir, o no puede hacerlo, por la presente nombro _____ como mi agente.

He _____ No he _____ completado y adjuntado un testamento en vivo para el propósito de proporcionar instrucciones específicas a mi agente en las situaciones que pueden ocurrir durante cualquier período cuando no puedo hacer ni comunicar las decisiones de cuidado de salud o después de mi muerte. Se manda a mi agente que ejecute las selecciones que he firmado con mis iniciales en el testamento en vivo.

He _____ No he _____ completado una directiva médica antes de entrar al hospital de acuerdo con la Sección 36-3251 de los Estatutos Revisados de Arizona.

Se hace esta directiva de cuidado de salud bajo la Sección 36-3221 de los Estatutos Revisados de Arizona, y se continua en vigor para todos que pueden confiar en ésta, excepto a quienes he avisado de su revocación.

2. Autopsia (Bajo la ley de Arizona, se puede requerir una autopsia)

Si Ud. quiere, indique sus deseos abajo:

- _____ 1. **No** consiento en una autopsia.
_____ 2. **Sí consiento** en una autopsia.
_____ 3. Mi agente **puede** consentir en una autopsia o **rehusarla**.

3. Donación de Órganos (Opcional)

(Bajo la ley de Arizona, Ud. puede dar una donación de todo o parte de su cuerpo a un banco o depósito o un hospital, un médico o una escuela médica o dental para transporte, terapia, investigación o evaluación médica o dental o para el progreso de la ciencia médica o dental. También puede autorizar a su agente hacerlo, o un miembro de la familia puede dar una donación a menos que Ud. les avise que no quiere que hagan una donación. En el espacio abajo Ud. puede dar una donación Ud. mismo o declara que no quiere dar una donación. Si no quiere completar esta sección, su agente tendrá la autoridad de dar una donación de una parte de su cuerpo de acuerdo con la ley.)

Si alguna declaración abajo indica su deseo, firme con sus iniciales en la línea al lado de esa declaración. **Ud. no tiene que poner sus iniciales en ninguna declaración.**

Si Ud. no marca ninguna declaración, su agente y familia tendrán la autoridad de dar una donación de todo o parte de su cuerpo bajo la ley de Arizona.

- _____ No quiero dar una donación de órgano ni tejido y no quiero que mi agente o familia lo haga.
_____ Ya he firmado un acuerdo por escrito o una tarjeta de donador en cuanto a una donación de órgano o tejido con la persona o institución siguiente: _____
_____ De acuerdo con la ley de Arizona, por la presente doy, en vigor después de mi muerte:
[] Cualquier parte u órgano requerido. [] Los siguientes órganos o partes inscritos:

Para (marque uno):

- [] Cualquier propósito legal autorizado. [] Sólo los propósitos de trasplante o terapia.

4. Declaración de Médico (Opcional)

(Antes de firmar con sus iniciales cualquier selección más arriba, puede ser que Ud. desee hacer unas preguntas a su médico acerca de una alternativa particular de tratamiento. Si habla con su médico, es una buena idea pedir a su médico que complete esta declaración y que guarde una copia en su archivo.)

Yo, Dr. _____, he repasado este documento de dirección y he discutido con _____ cualquier pregunta acerca de las consecuencias médicas probables de las sobredichas selecciones de tratamiento proporcionadas. Esta discusión con el principal ocurrió el (Fecha) _____.

He convenido en cumplir con las estipulaciones de esta directiva.

Firma de Médico _____

Verificación

Afirmo que: (1) Estuve presente cuando este poder de cuidado de salud fue fechado y firmado o firmado con una cruz o (2) la persona que hizo este poder me indicó directamente que el poder expresó los deseos de la dicha persona y que la persona se propuso adoptar este poder por entonces.

Certifico que: No se me ha designado para hacer las decisiones médicas para la persona que firma este poder de cuidado de salud; no participo directamente en el proporcionar de cuidado de salud a la persona; no tengo parentesco con esa persona por sangre, matrimonio o adopción y no tengo derecho a ninguna parte de los bienes de la persona.

Firma o Cruz del Principal _____

Fecha: _____ Hora: _____

Dirección de Agente _____ Número de Teléfono de Agente _____

Testigo: _____ Dirección: _____

Testigo: _____ Dirección: _____

(NOTE: Se puede certificar este documento por notario en lugar de tener testigos.)