



**DECLARACIÓN RELACIONADA A PROCEDIMIENTOS QUE
SUSTENTAN LA VIDA (Testamento Vital) Y
PODER LEGAL DURADERO PARA
DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (Poder Notarial Médico)**

I. DECLARACIÓN RELACIONADA A PROCEDIMIENTOS QUE SUSTENTAN LA VIDA

Si llegara a tener una condición incurable o irreversible que resultará en la muerte dentro de un período de tiempo relativamente corto o en un estado de inconsciencia permanente del cual, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación, es mi deseo que mi vida no se prolongue mediante la administración de procedimientos que sustentan la vida. Si no puedo participar en mis decisiones de atención médica, le indico a mi médico tratante que retenga o retire los procedimientos que sustentan la vida que simplemente prolongan la muerte y no son necesarios para mi comodidad o ausencia de dolor.

Esta declaración está sujeta a cualquier instrucción específica o declaración de voluntad que haya agregado en "Disposiciones adicionales" a continuación.

II. PODER NOTARIAL PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo _____, nacido _____, designo a

(Escribir en letra de molde o máquina) Nombre del agente, dirección, ciudad, estado, código postal y número de teléfono como mi abogado de hecho (mi agente) y le doy a mi agente el poder de tomar decisiones de atención médica por mí. Este poder existe solo cuando no pueda, a juicio de mi médico tratante, tomar esas decisiones de atención médica. De hecho, el abogado debe actuar de manera coherente con mis deseos como se indican en este documento o se den a conocer de otra manera.

Excepto como se especifique lo contrario en este documento, este documento otorga a mi agente el poder, cuando sea consistente con las leyes del estado de Iowa, de dar su consentimiento para que mi médico no brinde atención médica o suspenda la atención médica que sea necesaria para mantenerme con vida.

Este documento otorga a mi agente el poder de tomar decisiones de atención médica en mi nombre, lo que incluye dar mi consentimiento, negarse a dar su consentimiento o retirar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental. Este poder está sujeto a cualquier declaración de mis deseos y a cualquier limitación incluida en este documento.

Por la presente revoco cualquier poder legal duradero pasado para decisiones de atención médica.
OPCIONAL: Si el agente que designé no puede hacerlo, la siguiente persona tomará su lugar:

(Escribir en letra de molde o máquina) Nombre del suplente, dirección, ciudad, estado, código postal y número de teléfono

OPCIONAL: DISPOSICIONES ADICIONALES - Agregar instrucciones específicas o una declaración de sus deseos (si corresponde):

SI ___ NO ___ En caso de que profesionales médicos determinen que puedo donar mis órganos, acepto el uso de procedimientos que sustentan la vida, incluso el uso de un ventilador, con el único propósito y período de tiempo necesario para completar la donación. Nada escrito aquí se interpretará para ampliar o restar valor a las leyes sobre las donaciones anatómicas descritas en el Código de Iowa, Capítulo 142C. El propósito de este párrafo es permitir la donación de órganos de manera práctica y médica.

Firmado en _____.

Su firma (declarante/principal)

Dirección, calle, ciudad, estado y código postal

Escribir su nombre en letra de molde o máquina

NOTA IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO DEBE FIRMARSE O SER RECONOCIDO FRENTE A UN NOTARIO PÚBLICO O DOS TESTIGOS. LEER EL REVERSO PARA LOS FORMULARIOS DE NOTARIO O TESTIGO. SI DESEA EJECUTAR UNA DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL O UN PODER LEGAL DURADERO PARA DECISIONES MÉDICAS, PERO NO AMBOS, HAY FORMULARIOS SEPARADOS DISPONIBLES EN EL COLEGIO DE ABOGADOS DEL ESTADO DE IOWA. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE FORMULARIO O NECESITA AYUDA PARA COMPLETARLO, DEBE CONSULTAR A UN ABOGADO.

FORMULARIO PARA NOTARIO PÚBLICO

ESTADO DE _____, CONDADO DE _____

Este registro fue reconocido ante mí el _____, por _____

Firma del Notario Público

FORMULARIO DE TESTIGOS

Nosotros, los abajo firmantes, declaramos por la presente que firmamos este documento en presencia de los demás y del Declarante/Principal y que fuimos testigos de la firma del documento por parte del Declarante/Principal o por otra persona que actúe en nombre del Declarante/Principal bajo la dirección del Declarante/Principal; que ninguno de nosotros es designado como apoderado de hecho por este documento; que ninguno de nosotros es proveedor de atención médica que actualmente está tratando al Declarante/Principal, ni empleados de dicho proveedor de atención médica. Además, declaramos que ambos tenemos al menos 18 años, y que al menos uno de nosotros no está relacionado con el Declarante/Principal por sangre, matrimonio o adopción.

Firma del Primer Testigo

Firma del Segundo Testigo

Nombre del testigo escrito o a máquina

Nombre del testigo escrito o a máquina

Dirección, ciudad, estado y código postal

Dirección, ciudad, estado y código postal

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ESTE DOCUMENTO

1. "Atención médica" significa cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la condición física o mental de una persona. "Procedimiento que sustenta la vida" significa cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica que utilice medios mecánicos o artificiales para sostener, restaurar o complementar una función vital espontánea, y cuando se aplica a una persona en una condición terminal, serviría solo para prolongar el proceso de muerte. El "procedimiento que sustenta la vida" no incluye la administración de medicamentos ni la realización de ningún procedimiento médico que se considere necesario para proporcionar atención de confort o aliviar el dolor.
2. Los términos "atención médica" y "procedimiento que sustenta la vida" incluyen la nutrición y la hidratación (alimentos y agua) solo cuando se administran por vía parenteral o mediante intubación (intravenosa o por sonda de alimentación). Por lo tanto, este documento autoriza la retención de la nutrición o hidratación que se proporciona por vía intravenosa o por sonda de alimentación. Si esto no es lo que desea, debe exponer sus instrucciones específicas en el espacio provisto en la página 1.
3. Las siguientes personas no serán designadas como tomar decisiones de atención médica bajo un poder legal duradero para decisiones de atención médica:
 - a. Un proveedor de atención médica que atiende al director en la fecha de ejecución.
 - b. Un empleado de dicho proveedor de atención médica, a menos que la persona que se designará esté relacionada con el director por sangre, matrimonio o adopción dentro del tercer grado de consanguinidad.
4. El poder legal duradero para decisiones de atención médica o la declaración relacionada con el uso de procedimientos que sustentan la vida pueden ser revocados en cualquier momento y de cualquier manera por la cual el mandante/declarante pueda comunicar la intención de revocar, sin tener en cuenta su condición mental o física. Una revocación solo es efectiva para el proveedor de atención médica tratante después de que se la comunique al proveedor por parte del principal/declarante o por otra persona a quien el principal/declarante haya comunicado la revocación.
5. Es la responsabilidad del mandante/declarante proporcionar al proveedor de atención médica tratante una copia de este documento.
6. Una declaración relacionada con el uso de procedimientos que sustentan la vida sólo surtirá efecto cuando se determine que la condición del declarante es terminal o el declarante se encuentre en un estado de inconsciencia permanente, y el declarante no pueda tomar decisiones sobre el tratamiento.

SUGERENCIAS DESPUÉS QUE EL FORMULARIO ESTÉ FIRMADO, ATESTIGUADO O NOTARIADO APROPIADAMENTE

1. Coloque el original en un lugar seguro que sea conocido y accesible para familiares o amigos cercanos.
2. Entréguele una copia a su médico.
3. Entréguele una copia a los miembros de la familia.
4. Entréguele una copia al abogado designado de hecho (agente) y a los abogados de hecho designados suplentes (si los hay).

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA AL APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA NOMINADO**

Conforme a los términos de un Poder Legal Duradero, Decisiones de Atención Médica (o Testamento Vital y Poder Notarial Médico Combinado) (HCPOA, por sus siglas en inglés) con fecha _____, en el que el abajo firmante es el otorgante, el poder se hace efectivo en caso de mi discapacidad o incapacidad.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica cubierto, a cualquier compañía de seguros y el Medical Information Bureau, Inc., u otro centro de intercambio de información de atención médica que me haya brindado tratamiento o servicios o que haya pagado o esté solicitando pago por dichos servicios, entregar, liberar y divulgar a la persona o personas designadas en este documento para que actúen como mi agente mi información de salud de identificación individual y registros médicos con respecto a cualquier condición médica o de salud mental pasada, presente o futura

(incluyendo toda la información de salud especialmente protegida relacionada con cada una de las siguientes condiciones específicamente autorizadas por mí para ser divulgadas al marcar con una "X" o marca de verificación:

- enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH);
- salud mental y conductual;
- abuso de alcohol, drogas y otras sustancias; y
- información relacionada con la genética);

Firma del Principal

Fecha

relacionados con mi capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. El propósito de esta solicitud es ayudar a determinar si la persona designada para actuar como mi agente debe actuar como mi agente. Esta autorización expira cuando yo muera o cuando sea revocada por mí mediante una revocación por escrito firmada por mí y entregada a la entidad a la que se solicita la información antes del momento en que se solicita la información.

Entiendo que puedo revocar esta autorización entregando una declaración de revocación escrita a cualquier entidad que haya autorizado a dar, divulgar y divulgar información. La revocación es efectiva solo para aquellas entidades a las que se entrega la revocación de la declaración escrita y solo después del momento de la entrega. También entiendo que tengo derecho a inspeccionar la información divulgada en cualquier momento. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con una entidad que he autorizado a divulgar información no está condicionado a que firme esta autorización. Sé que una vez que se divulga la información que he autorizado a divulgar, está sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y las regulaciones promulgadas de conformidad con la misma, según se enmiende de vez en cuando.

LA AUTORIDAD PARA ACTUAR COMO REPRESENTANTE PERSONAL

Además de los otros poderes otorgados por el Testamento Vital y Poder Notarial Médico Combinado (HCPOA), otorgo a mi agente el poder y la autoridad para servir como mi representante personal para todos los fines de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, según enmendada de vez en cuando, y sus regulaciones (HIPAA) durante cualquier momento en que mi agente (en lo sucesivo, denominado en las cláusulas posteriores de este párrafo como mi "representante personal de HIPAA") esté ejerciendo autoridad en virtud de este documento.

Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) autorizo específicamente a mi representante personal de HIPAA poder solicitar, recibir y revisar cualquier información relacionada con mi salud física o mental, incluyendo, sin algún límite, toda la información de salud protegida por la HIPAA, registros médicos y hospitalarios; para ejecutar a nombre mío, cualquier autorización, liberación u otro documento que puedan ser requeridos para obtener esta información y dar su consentimiento para la divulgación de esta información. Además, autorizo a mi representante personal de HIPAA a ejecutar a nombre mío cualquier documento necesario o deseable para implementar las decisiones de atención médica que mi representante personal de HIPAA esté autorizado a tomar bajo HCPOA.

Fecha el _____.

Declarante