



**PODER LEGAL DURADERO PARA
DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA
(Poder Notarial Médico)**

Yo _____, nacido _____, designo a

(Escribir en letra de molde o máquina) Nombre del agente, dirección, ciudad, estado, código postal y 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 puedo, 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 indica en este documento o se da 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 o imprimir) Nombre del agente, 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 _____.

Nombre en letra de molde o máquina

Su firma (declarante/principal)

Dirección, calle, ciudad, estado y código postal

Escribir su nombre en letra de molde o máquina

Este poder notarial debe ser atestiguado por dos personas o el notario.

Formulario de Poder Legal Duradero para Decisiones de Atención Médica para _____

ESTADO DE _____, CONDADO DE _____

Este registro fue reconocido ante mí el _____, por _____

Firma del Notario Público

Al firmar este formulario, declaro que firmé este formulario en presencia del otro testigo y del director, y presencié la firma por parte del director u otra persona que actúe en nombre y bajo la dirección del director.

FORMULARIO DE TESTIGOS

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, Código Postal

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AL APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA ASIGNADO

De acuerdo con los términos de un Poder Legal Duradero, Decisiones de Atención Médica (o Testamento Vital y Poder Legal Médico Combinado) (HCPOA) con fecha _____, en el que el abajo firmante es el otorgante, el poder se hace efectivo en caso de invalidez 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, divulgar 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.

5. Revocación

- a) Un poder legal duradero para el cuidado de la salud puede ser revocado en cualquier momento y de cualquier manera por la cual el mandante pueda comunicar la intención de revocar, sin tener en cuenta su condición mental o física.
- b) La revocación puede hacerse notificando al abogado de hecho verbalmente o por escrito.
- c) La revocación también se puede hacer notificando a un proveedor de atención médica oralmente o por escrito mientras ese proveedor se dedica a brindar atención médica al director.
- d) Una revocación solo es efectiva para un proveedor de atención médica después de que se la comunique al proveedor por parte del principal o de otra persona a quien el principal haya comunicado la revocación.
- e) El proveedor de atención médica está obligado a documentar la revocación en los registros de tratamiento del director.
- f) Se presume que el mandante tiene la capacidad de revocar un poder notarial duradero para la atención médica.
- g) A menos que se disponga lo contrario, un poder notarial duradero válido para la atención médica revoca cualquier poder notarial duradero anterior para la atención médica.

6. Prácticas prohibidas

- a) Un proveedor de atención médica, un plan de servicios de atención médica, una aseguradora, un plan de beneficios de bienestar para empleados autoasegurado o un plan hospitalario sin fines de lucro no condicionarán la admisión a un centro, o la provisión de tratamiento, o seguro, al requisito de que una persona ejecute un poder notarial duradero para la atención médica.
- b) Una póliza de seguro de vida no podrá ser legalmente menoscabada o invalidada de ninguna manera por la retención o retiro de la atención médica de conformidad con la dirección de un abogado de hecho designado de conformidad con este Capítulo.

Es responsabilidad del mandante notificar al proveedor de atención médica (médico) sobre los términos del Poder notarial duradero para la atención médica.

SUGERENCIAS DESPUÉS DE QUE EL FORMULARIO ESTÉ DEBIDAMENTE FIRMADO, ATESTIGUADO O NOTARIADO

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