

DIRECTIVA DE ANTEMANO DEL CUIDADO MÉDICO
--NUEVO MÉXICO--

EXPLICACIÓN

Usted tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a su propio cuidado médico. También tiene el derecho de nombrar a otra persona para tomar las decisiones por usted. Este formulario le permite tomar UNA U OTRA decisión o AMBAS. Le permite expresar sus deseos acerca de la designación de su médico principal.

ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL. Cada párrafo y cada palabra en este formulario es opcional. Si usted utiliza este formulario, puede tachar, completar o modificar todo o cualquier parte del mismo. Usted tiene la libertad de utilizar un formulario diferente. Si ya ha firmado un poder legal válido y duradero para su cuidado médico y/o una declaración de su derecho a morir (testamento en vida), estas declaraciones siguen siendo válidas. Si utiliza este formulario, asegúrese de que lo firme y de que ponga la fecha.

NO TIENE QUE FIRMAR NINGÚN FORMULARIO. Si no firma un formulario o si no informa a su médico acerca de quien desea que haga decisiones de cuidado médico (o si la persona que ha nombrado no está disponible), la ley de Nuevo México permite que un miembro de su familia que esté disponible, haga sus decisiones de cuidado médico. Los miembros familiares se seleccionan en el siguiente orden: 1) esposo(a), 2) otra persona significativa, 3) hijo(a) adulto(a), 4) padre o madre, 5) hermano(a) adulto(a) 6) abuelo(a). Si no está disponible ningún miembro familiar, un buen amigo puede actuar como sustituto.

PARTE 1: PODER LEGAL DEL CUIDADO MÉDICO

La **Parte 1** de este formulario es un **poder legal del cuidado médico**. Le permite nombrar a otra persona como agente para tomar las decisiones con respecto a su cuidado médico si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones, o si quiere que otra persona tome las decisiones por usted, aunque usted todavía es capaz. También puede nombrar a agentes alternativos si su primera selección no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar las decisiones por usted. A menos que está relacionado con usted, su agente no puede ser dueño, operador no empleado de una institución de cuidado médico donde usted está recibiendo cuidado.

Este formulario tiene un lugar para que usted limite la autoridad de su agente. Si no limita la autoridad de su agente, su agente puede tomar todas las decisiones de cuidado médico por usted.

DESIGNACIÓN DE AGENTE: Nombro a la siguiente persona como mi agente para tomar las decisiones de cuidado médico por mí:

(nombre del agente)

(dirección de calle)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono de casa)

(teléfono de trabajo)

Si revoco la autoridad de mi agente, o si mi agente no puede o no quiere tomar una decisión de cuidado médico por mí, entonces nombro a estas personas como agentes alternativos, quienes servirán de acuerdo al orden siguiente:

(nombre del primer agente alternativo)

(nombre del segundo agente alternativo)

(dirección de calle)

(dirección de calle)

(ciudad, estado, código postal)

(ciudad, estado, código postal)

(números de teléfono: casa / trabajo)

(números de teléfono: casa / trabajo)

AUTORIDAD DEL AGENTE: . Si no limita la autoridad de su agente, su agente tendrá el derecho de:

(1) aceptar o rehusar el consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento médico, como:

- pruebas diagnósticas
- cirugía
- medicamentos
- hospitalización
- cuidado de enfermería
- cuidado de salud en casa
- ordenes de no resucitar
- tratamientos médicos que pueden salvar y prolongar la vida
- todos los otros métodos de cuidado médico para mantenerme vivo; y

(2) seleccionar o cambiar los proveedores e instituciones de cuidado médico.

Mi agente puede tomar todas las decisiones de cuidado médico por mí, incluyendo obtener y revisar los historiales médicos, informes e información médica acerca de mí, excepto al punto que limito la autoridad de mi agente de la manera siguiente:

(Agregue más páginas si se necesitan)

CUANDO LA AUTORIDAD DEL AGENTE ENTRA EN VIGOR: La autoridad de mi agente entra en vigor cuando mi médico principal y otro profesional de cuidado médico determinan que no soy capaz de hacer mis propias decisiones de cuidado médico.

[] Si pongo mis iniciales en esta casilla, la autoridad de mi agente para tomar las decisiones de cuidado médico por mí entra en vigor inmediatamente

OBLIGACIÓN DEL AGENTE: Mi agente tomará las decisiones de cuidado médico por mí basadas en este **poder legal de cuidado médico**, cualquier instrucción de cuidado médico que doy en la *Parte 2* de éste formulario y mis otros deseos al punto que se conocen por mi agente. Al punto que no se conocen mis deseos, mi agente tomará las decisiones de cuidado médico por mí basadas en lo que mi agente determine lo que es mejor para mí. Al determinar lo que es mejor para mí, mi agente considerará mis valores personales al punto que se conocen por mi agente.

NOMBRAMIENTO DE UN GUARDIÁN: Si el tribunal necesita designar a un guardián para mí, nombro a la persona designada en este formulario. Si dicho agente no está dispuesto, capaz ni razonablemente disponible para actuar como guardián, nomino a los agentes alternativos que he nombrado, en el orden en que los enumeré.

PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO MÉDICO

Si usted está satisfecho para permitir que su agente determine lo que es mejor para usted con respecto a las decisiones acerca del fin de la vida, no tiene que llenar esta parte del formulario. Si usted llena esta parte del formulario, puede tachar cualquier palabra que desee omitir.

DECISIONES CON RESPECTO AL FIN DE LA VIDA: Si no tengo la capacidad de hacer o de comunicar mis decisiones en cuanto a mi cuidado médico, y SI (i) tengo una condición incurable o irreversible que resultará en mi muerte dentro de un tiempo relativamente breve, O (ii) pierdo el conocimiento y a un grado razonable de certeza médica, no recobraré el conocimiento, O (iii) los riesgos y dificultades probables asociadas con el tratamiento exceden a los beneficios esperados, ENTONCES ordeno a mis proveedores de cuidado médico y a los otros que estén participando en mi cuidado médico que proporcionen, rehusen o retiren el tratamiento de acuerdo con las opciones que he escogido al firmar mis iniciales en uno de los tres espacios marcados a continuación:

- OPTO POR NO Prolongar la Vida. No quiero que se prolongue mi vida.
- OPTO POR Prolongar la Vida. Quiero que se prolongue mi vida tanto tiempo como sea posible, dentro de los límites de las normas de cuidado médico generalmente aceptadas.
- OPTO POR Permitir que Mi Agente Decida. Mi agente bajo mi poder legal de cuidado médico puede hacer las decisiones con respecto a los tratamientos para mantener la vida, en mi nombre.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL: Si en lo antedicho he escogido **NO** prolongar la vida, también estipulo lo siguiente marcando mis preferencias con mis iniciales:

- NO QUIERO la nutrición artificial (comida) O
- QUIERO la nutrición artificial (comida).
- NO QUIERO la hidratación artificial (agua) a menos que se necesite para mi comodidad O
- QUIERO la hidratación artificial (agua).

ALIVIO DEL DOLOR: Sin consideración a las decisiones que he hecho en este formulario y excepto como declaro en el siguiente espacio, ordeno que en todo momento se me proporcione el mejor cuidado médico posible para mantenerme limpio, cómodo y libre de dolor o molestia para mantener mi dignidad, aunque este cuidado me acelere la muerte.

(Agregue más páginas si se necesitan)

DESIGNACIÓN DE DONACIÓN ANATÓMICA: A mi muerte, estipulo abajo si elijo para dar una donación anatómica de todos o algunos de mis órganos o tejidos:

- OPTO POR dar una donación anatómica de todos mis órganos o tejidos que sean determinados ser apropiados médicamente al momento de muerte y se puede mantener el mantenimiento artificial por suficiente tiempo de extirpar los órganos.
- OPTO POR dar una donación anatómica parcial de algunos de mis órganos y tejidos como se estipulan abajo y se puede mantener el mantenimiento artificial por suficiente tiempo de extirpar los órganos.
- REHUSO dar ninguna donación anatómica de ningún órgano o tejido.
- OPTO POR permitir que mi agente decida.

OTROS DESEOS: Si desea escribir sus propias instrucciones, o si desea agregar a las instrucciones que proporcionó anteriormente, lo puede hacer aquí.

Ordeno que:

(Agregue más páginas si se necesitan)

PARTE 3: DESIGNACIÓN DE MÉDICO PRINCIPALES

Designo al siguiente médico como mi médico principal. Si el primer médico que designo abajo no está dispuesto, capaz o razonablemente disponible para actuar como mi médico principal, designo al siguiente médico alternativo como mi médico principal:

_____ (nombre del médico)

_____ (Número de teléfono)

_____ (dirección de calle)

_____ ciudad, estado, código postal)

_____ (nombre del médico alternativo)

_____ (Número de teléfono)

_____ (dirección de calle)

_____ ciudad, estado, código postal)

OTRAS ESTIPULACIONES: Revoco cualquier otra Directiva de Antemano del Cuidado Médico anterior. Esta Directiva de Antemano del Cuidado Médico entrará en vigor a discapacidad o incapacidad, a menos que he firmado con mis iniciales la casilla apropiada en la *Parte 1*. En este caso, la autoridad de mi agente entre en vigor inmediatamente.

EFFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el efecto que el original.

REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta DIRECTIVA DE ANTEMANO DE CUIDADO MÉDICO OPCIONAL en cualquier momento y si la revoco, debo notificar con prontitud a mi proveedor supervisor de cuidado médico y a cualquier institución de cuidado médico en donde recibo el cuidado y a cualquier otra persona a quien le he dado copias de este **poder legal**. Entiendo que puedo revocar la designación de un agente solamente por una escritura firmada o informando personalmente al proveedor supervisor de cuidado médico.

FIRMA DEL PRINCIPAL

Firme y ponga la fecha al formulario aquí.

_____ (su firma)

_____ (fecha)

_____ (su nombre en letra de molde)

_____ (su número de seguro social - opcional – para la verificación de la identidad)

_____ (dirección de calle)

_____ (ciudad)

_____ (estado)

_____ (código postal)

FIRMAS DE LOS TESTIGOS

Se recomienda, pero no se requiere, que otros dos individuos firmen como testigos.

_____ (firma del primer testigo)

_____ (fecha)

_____ (firma del segundo testigo)

_____ (fecha)

(nombre del primer testigo en letra de molde)

(nombre del segundo testigo en letra de molde)

(nombre del primer testigo en letra de molde)

(nombre del segundo testigo en letra de molde)

(dirección de calle)

(dirección de calle)

(ciudad, estado, código postal)

(ciudad, estado, código postal)