

Poder notarial de atención de la salud de Carolina del Sur

Información sobre este documento

Este es un documento legal importante. Antes de firmar este documento, debe conocer estos datos importantes:

1. Este documento le da a la persona que nombre como su agente el poder de tomar decisiones de atención de la salud por usted si no puede tomar la decisión por sí mismo. Este poder incluye el poder para tomar decisiones sobre el tratamiento de soporte vital. A menos que indique lo contrario, su agente tendrá la misma autoridad para tomar decisiones sobre su atención de la salud que usted tendría.
2. Este poder está sujeto a cualquier limitación o declaración de sus deseos que usted incluya en este documento. En este documento, puede indicar cualquier tratamiento que no desee recibir o del que está seguro que quiere recibir. Su agente estará obligado a seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre. Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más espacio para completar el enunciado.
3. Después de que haya firmado este documento, tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención de la salud si es mentalmente competente para hacerlo. Después de que haya firmado este documento, no se le puede administrar ningún tratamiento ni interrumpir su objeción si es mentalmente competente para tomar esa decisión.
4. Usted tiene derecho a revocar este documento y a dar por finalizada la autoridad de su agente, informando a su agente o a su profesional de la salud verbalmente o por escrito.
5. Si hay algo en este documento que no entienda, debe pedirle a un trabajador social, abogado u otra persona que se lo explique.
6. Este poder notarial no será válido a menos que dos personas firmen como testigos. Cada una de estas personas debe ser testigo de su firma del poder notarial o de su reconocimiento de que la firma del poder notarial es suya.

Las siguientes personas no pueden actuar como testigos:

- A. Su cónyuge, sus hijos, nietos y otros descendientes lineales; sus padres, abuelos y otros ancestros lineales; sus hermanos y sus descendientes lineales; o un cónyuge de cualquiera de estas personas.
- B. Una persona que sea directamente financieramente responsable de su atención médica.
- C. Una persona que se menciona en su testamento, o, si no tiene testamento, que heredaría su propiedad por sucesión intestada.
- D. Un beneficiario de una póliza de seguro de vida en su vida.
- E. Las personas nombradas en el poder notarial de atención de la salud como su agente o agente sucesor.
- F. Su médico o un empleado de su médico.
- G. Cualquier persona que podría tener una reclamación contra cualquier parte de su patrimonio (personas a las que le deba dinero).

Si usted es paciente de un centro de salud, solo un testigo puede ser empleado de ese centro.

- 7. Su agente debe ser una persona de 18 años de edad o más y en su sano juicio. No puede ser su médico ni ningún otro profesional de la salud que le esté proporcionando tratamiento en la actualidad; o un empleado de su médico o profesional; ni un cónyuge del médico, profesional o empleado; a menos que la persona sea un familiar suyo.
- 8. Debe informar a la persona que desea que sea su agente de atención de la salud. Debe analizar este documento con su agente y su médico y entregarle a cada uno una copia firmada. Si se encuentra en un centro de atención de la salud o en un centro de atención de enfermería, debe incluirse una copia de este documento en sus registros médicos.

PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE CAROLINA DEL SUR

1. DESIGNACIÓN DEL AGENTE DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Yo, _____, por el presente, nombro a:

(Director)

(Nombre del agente) _____

(Dirección del agente) _____

Teléfono: casa: _____ trabajo: _____ móvil: _____ como mi agente para tomar decisiones de atención de la salud por mí según lo autorizado en este documento.

Agente sucesor: si un agente nombrado por mí muere, se vuelve legalmente discapacitado, renuncia, se niega a actuar, se vuelve inaccesible o si un agente que está en mis manos se divorcia o se separa de mí, nombro a los siguientes como sucesores de mi agente, cada uno actuando solo y sucesivamente, en el orden nombrado:

a. Primer agente alternativo: _____

Dirección: _____

Teléfono: casa: _____ trabajo: _____ móvil: _____

b. Segundo agente alternativo: _____

Dirección: _____

Teléfono: casa: _____ trabajo: _____ móvil: _____

Sin disponibilidad de agente(s): si, en cualquier momento relevante, el agente o los agentes sucesores no pueden o no están dispuestos a tomar decisiones con respecto a mi atención de la salud, y dichas decisiones son tomadas por un tutor, por el Comité Testamentario, o por un sustituto de acuerdo con la Ley de Consentimiento de Atención Médica para Adultos, es mi intención que el tutor, el Tribunal Testamentario o el sustituto tomen esas decisiones de acuerdo con mis decisiones según lo establecido.

2. FECHA DE VIGENCIA Y DURABILIDAD

Por medio de este documento, pretendo crear un poder notarial duradero que entre en vigencia una

vez y solo durante cualquier período de incompetencia mental, excepto según se establece en el párrafo 3 a continuación.

3. AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA HIPAA

Al llamar a mis padres o tomar decisiones sobre mi atención de la salud, toda la información médica y los registros médicos identificables individualmente se divulgarán sin restricciones a mis agentes de atención de la salud y/o a mis agentes de atención de la salud alternos mencionados anteriormente, incluidos los siguientes: entre otros, (i) diagnóstico, tratamiento, otra atención de la salud, y los registros financieros y relacionados con el seguro e información asociada con cualquier afección de salud física o mental pasada, presente o futura, que incluye: entre otros, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA, enfermedad(es) de transmisión sexual; enfermedad mental, y/o abuso de drogas o alcohol y (ii) cualquier opinión por escrito relacionada con mi salud que dicho(s) agente(s) de atención de la salud y/o agente(s) alterno(s) de atención de la salud pueda(n) haber solicitado. Sin limitación de la generalidad de lo anterior, esta autorización de liberación se aplica a toda la información médica y registros médicos y regidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA).

42 USC 1320d y 45 CFR 160-164; entra en vigencia si no soy mentalmente competente; no tiene fecha de vencimiento; y se informará solo en caso de que revoque a la autoridad por escrito y se la entregue a mi profesional de la salud.

4. PODERES DEL AGENTE

Otorgo a mi agente toda la autoridad para tomar decisiones por mí con respecto a mi atención de la salud. Al ejercer esta autoridad, mi agente seguirá mis deseos según se establece en este documento o según lo expresado de otro modo por mí o conocido por mi agente. Al tomar cualquier decisión, mi agente intentará analizar conmigo la decisión propuesta para determinar mis deseos si puedo comunicarme de cualquier manera. Si mi agente no puede determinar la decisión que yo desearía tomar, entonces mi agente tomará una decisión por mí en función de lo considere que es lo mejor para mí. La autoridad de mi agente para interpretar mis deseos pretende ser lo más amplia posible, excepto por las limitaciones que pueda indicar a continuación.

En consecuencia, a menos que las disposiciones especificadas a continuación lo limiten específicamente, mi agente está autorizado de la siguiente manera:

- A. consentir, negarse o retirar el consentimiento para cualquiera y todos los tipos de atención de la salud, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de diagnóstico, medicamentos y el uso de procedimientos mecánicos o de otro tipo que afecten cualquier función corporal, incluidos, entre otros, respiración artificial, apoyo e hidratación nutricional, reanimación cardiopulmonar;
- B. autorizar, o negarse a autorizar, cualquier medicamento o procedimiento destinado a aliviar el dolor, aunque su uso pueda derivar en daño físico, adicción o acelerar el momento de mi muerte, pero no causarla intencionalmente;
- C. autorizar mi ingreso o alta, incluso en contra del asesoramiento médico, de cualquier hospital, centro de cuidados de enfermería o centro o servicio similar;
- D. tomar cualquier otra medida necesaria para realizar, documentar y asegurar la implementación de decisiones sobre mi atención de la salud, incluidos, entre otros, otorgar cualquier exención de responsabilidad requerida por cualquier hospital, médico, proveedor de atención de enfermería u otro profesional de la salud; firmar cualquier documento relacionado con rechazos de tratamiento o la salida de una instalación en contra del asesoramiento médico y llevar a cabo cualquier acción legal en mi nombre, y a expensas de mi patrimonio para forzar el cumplimiento, según mis deseos

como lo determine mi agente, o para buscar daños reales o punitivos por no cumplir;

E. Los poderes otorgados anteriormente no incluyen las siguientes facultades ni son objeto de rechazo de las siguientes reglas o limitaciones:

5. DONACIÓN DE ÓRGANOS (MARQUE SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNO)

Mi agente puede _____; no puede _____ otorgar su consentimiento para la donación de todos mis tejidos u órganos o la donación de ninguno de ellos a los fines del trasplante.

6. EFECTO SOBRE LA DECLARACIÓN DE UN DESEO DE MUERTE NATURAL (TESTIGO DE VIDA)

Comprendo que, si tengo una declaración válida de un deseo de fallecimiento por causa natural, las instrucciones contenidas en la Declaración tendrán efecto en cualquier situación a la que se apliquen. Mi agente tendrá autoridad para tomar decisiones con respecto a mi atención de la salud únicamente en situaciones en las que la Declaración no se aplique.

7. DECLARACIÓN DE DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE SUBSISTENCIA VITAL

Con respecto a cualquier tratamiento de subsistencia vital, oriento lo siguiente:

(MARQUE SUS INICIALES SOLO EN UNO DE LOS SIGUIENTES 3 PÁRRAFOS)

(1) _____ OTORGAMIENTO DE DISCRECIÓN AL AGENTE. No deseo que mi vida se prolongue ni quiero que se proporcione o continúe un tratamiento que mantenga la vida si mi agente considera que las cargas del tratamiento superan los beneficios previstos. Deseo que mi agente considere el alivio de sufrimiento, mis creencias personales, los gastos involucrados y la calidad, así como la posible extensión de mi vida al tomar decisiones con respecto al tratamiento de subsistencia vital.

O

(2) _____ DIRECTIVA PARA SUSPENDER O RETIRAR EL TRATAMIENTO. No quiero que mi vida se prolongue y no quiero un tratamiento de subsistencia vital:

a. si tengo una afección incurable o irreversible y, sin la administración de los procedimientos de subsistencia vital, se espera que provoque la muerte dentro de un período relativamente corto; o

b. si estoy en un estado de inconsciencia permanente.

c. O

(3) _____ DIRECTIVA PARA EL TRATAMIENTO MÁXIMO. Quiero que mi vida se prolongue en la mayor medida posible, dentro de los estándares de la práctica médica aceptada, independientemente de mi afección, las posibilidades que tengo de recuperarme o el costo de los procedimientos.

8. DECLARACIÓN DE DESEOS CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN POR SONDA

Con respecto a la nutrición y la hidratación proporcionadas por medio de una sonda nasogástrica o una sonda en el estómago, los intestinos o las venas, deseo dejar en claro que, en situaciones en las que se suspenda o se retire un tratamiento que pueda mantener la vida de acuerdo con el punto 7 (MARQUE SUS INICIALES EN SOLO UNO DE LOS SIGUIENTES TRES PÁRRAFOS):

(a) _____ OTORGAMIENTO DE DISCRECIÓN AL AGENTE. No quiero que mi vida se prolongue por la alimentación con sonda si mi agente cree que las cargas de la alimentación por sonda superan los beneficios esperados. Deseo que mi agente tenga en cuenta el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, los gastos implicados y la calidad, así como la posible extensión de mi vida al tomar esta decisión.

O

(b) _____ DIRECTIVA PARA SUSPENDER O RETIRAR LA ALIMENTACIÓN POR SONDA. No quiero que mi vida se prolongue por alimentación por sonda.

O

(c) _____ DIRECTIVA PARA EL SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN POR SONDA. Quiero que se proporcione alimentación por sonda dentro de los estándares de la práctica médica aceptada, sin tener en cuenta mi afección, las probabilidades que tengo de recuperarme o el costo del procedimiento, y sin tener en cuenta si se están suspendiendo o retirando otros métodos de tratamiento de subsistencia vital.

SI NO MARCA SUS INICIALES EN NINGUNO DE LOS ENUNCIADOS DEL PUNTO 8, SU AGENTE NO TENDRÁ AUTORIDAD PARA DIRIGIR LA NUTRICIÓN Y RETIRAR TODA HIDRATACIÓN NECESARIA PARA LA ATENCIÓN DE ALIVIO O ALIVIO DEL DOLOR.

9. DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS

A. Revoco cualquier Poder de atención de la salud previo y cualquier disposición relacionada con la atención de la salud de cualquier otro poder previo.

B. Este poder notarial está destinado a quedar inalterado en cualquier jurisdicción en la que se presente.

AL FIRMAR AQUÍ, INDICARÉ QUE COMPRENDO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y EL EFECTO DE ESTA CONCESIÓN DE FACULTADES A MI AGENTE.

Firmo con mi nombre este Poder notarial de atención de la salud

este día _____ de _____ de 20 _____. Mi domicilio particular actual es:

Firma del director: _____

Nombre del director, en letra de imprenta: _____

Declaro, sobre la base de la información y la creencia, que la persona que firmó o reconoció este documento (el director) es personalmente conocida por mí, que firmó o reconoció este Poder de atención de la salud en mi presencia y que parece ser de mente sólida y no estar desanimado por coacción, fraude o influencia indebida. No estoy relacionado con el director por sangre, matrimonio o adopción, ya sea como cónyuge, un ancestro lineal, descendiente de los padres del principal o cónyuge de cualquiera de ellos. No soy directamente responsable financieramente de la atención de la salud del director. No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del director en el momento de su fallecimiento, ni bajo testamento ni como sucesión intestada ni soy el beneficiario de una póliza de seguro en la vida del director, ni tengo una reclamación contra el patrimonio del director a partir de este momento. No soy el médico tratante del

director ni un empleado del médico tratante. No más de un testigo es empleado de un centro de salud en el que el director es un paciente. No se me designa como agente de atención de la salud o agente de atención de la salud sucesor por medio de este documento.

Testigo n.º 1

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Testigo n.º 2

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

(Esta parte del documento es opcional y no es necesaria para crear un poder de atención de la salud válido).

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR

CONDADO DE _____

El instrumento anterior fue reconocido ante mí por el Director el _____

20 _____

Notaría pública de Carolina del Sur _____

Mi comité vence el: _____