

**Instrucciones:** Esto es lo que debe hacer para crear un Poder para Tomar Decisiones Médicas en Massachusetts. Primero, imprima este documento y tenga las instrucciones y el formulario en blanco frente a usted. Puede usar las instrucciones como referencia mientras llena el formulario.

- En la primera parte:**
  - Escriba su nombre completo de forma legible en el espacio en blanco, seguido de su dirección.
- Mi Apoderado para Asistencia Médica es:**
  - Escriba de forma legible el nombre y la dirección de la persona que está designando como su Apoderado para Atención Médica.
    - Recuerde: su Apoderado puede ser cualquier adulto en quien usted confíe para tomar decisiones médicas por usted, basado en sus decisiones y preferencias relacionadas a su cuidado.
    - Pero su Apoderado no puede ser un empleado del servicio médico en donde usted sea un paciente, a menos que tengan relación consanguínea, filial o adoptiva.
  - Luego coloque los números telefónicos (hogar, trabajo, celular o los tres) donde esa persona puede ser contactada con rapidez y facilidad.
- Mi Apoderado Sustituto para Asistencia Médica:**
  - Es buena idea tener un Apoderado Sustituto para Asistencia Médica en caso de que su Apoderado para Asistencia Médica no pueda ser localizado en un lapso razonable de tiempo. Si lo desea, aquí puede colocar la información sobre su Apoderado Sustituto para Asistencia Médica, tal como lo hizo más arriba.
- Autorización a mi Apoderado para Asistencia Médica:**
  - Aquí es donde usted da a su Apoderado la autorización para tomar decisiones por usted.
  - Si hay ciertas decisiones que usted no quiere que su Apoderado tome, o tiene algunas instrucciones, escribalas aquí. Si no existen excepciones o instrucciones, deje este espacio en blanco para que su Apoderado tenga autorización total para tomar decisiones en cualquier situación de asistencia médica que pueda surgir para usted.
- FIRMA y Fecha:**
  - Firme con su nombre completo y escriba la fecha en que firma el documento.
- Declaración y firma de los testigos:**
  - Dos adultos deben estar presentes como testigos al momento de la firma de este documento, y ellos deben firmar y colocar la fecha en este documento después de usted. Tenga en cuenta que ellos no reciben autorización alguna y que solo están allí para ser testigos del momento en que usted firme el documento o en que otra persona firme por indicación de usted;
  - Cualquier adulto puede ser testigo, excepto su Apoderado para Asistencia Médica y su Apoderado Sustituto;
  - Pida al Testigo Uno que firme y que coloque su nombre de forma legible y la fecha;
  - Después pida al Testigo Dos que haga lo mismo en su espacio correspondiente.
- Declaración del Apoderado para Asistencia Médica: (Opcional)**
  - Esta sección no es requisito en Massachusetts, pero puede ser útil para dejar saber a sus proveedores de servicios que los Apoderados que ha nombrado han aceptado sus funciones y responsabilidades. Si desea usar esta sección, pida a su(s) Apoderado(s) que coloquen su firma y fecha en los espacios provistos.

¡Eso es todo! Completar este formulario es todo lo que usted necesita para crear un Poder para Tomar Decisiones Médicas en Massachusetts con validez legal.

## Poder para Tomar Decisiones Médicas en Massachusetts

Yo, \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_,

nombro a la siguiente persona como mi Apoderado para Asistencia Médica, con la autoridad para tomar decisiones en mi nombre para mi asistencia médica. Esta autorización tendrá efecto si mi médico tratante determina por escrito que carezco de las facultades para tomar o comunicar por mí mismo decisiones para mi asistencia médica, según el Capítulo 201D de las Leyes Generales de Massachusetts.

### **Mi Apoderado para Asistencia Médica es:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Si mi Apoderado no está disponible o dispuesto, o no es competente para servir y tomar una decisión oportuna, yo nombro como

### **Mi Apoderado Sustituto para Asistencia Médica:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

### **Autorización a mi Apoderado para Asistencia Médica**

Yo doy a mi Apoderado para Asistencia Médica la misma autoridad que yo tengo para tomar todas las decisiones sobre mi asistencia médica, incluyendo decisiones sobre asistencia en condiciones terminales y tratamientos de soporte de vida, excepto por (escriba los límites a la autorización o dé detalles, si los hay)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo autorizo a mi Apoderado para Asistencia Médica a tomar decisiones sobre mi asistencia médica, según las decisiones y preferencias contenidas en mis instrucciones personales de tener alguna, y según su evaluación de mis deseos. Doy a mi Apoderado para Asistencia Médica iguales derechos que los que yo tengo para usar y divulgar la información sobre mi salud y mi historia médica como lo establece la Ley de *Health Insurance Portability and Accountability* de 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d. Las fotocopias de este Poder para Tomar Decisiones Médicas tienen la misma plena vigencia y efecto legal que el original.

Yo firmo con mi nombre este Poder para Tomar Decisiones Médicas en presencia de dos testigos.

**FIRMADO:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

### **Declaración y firma de los testigos**

Nosotros, los abajo firmantes, somos testigos de la firma de este documento por o a indicación del signatario arriba y declaramos que el signatario parece tener al menos 18 años de edad, estar en uso de sus facultades mentales y no estar bajo la influencia de coacción o coerción alguna.

#### ***Testigo Uno***

Firmado: \_\_\_\_\_

Nombre legible: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### ***Testigo Dos***

Firmado: \_\_\_\_\_

Nombre legible: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Declaración del Apoderado para Asistencia Médica (Opcional):**

Hemos leído atentamente este documento y aceptamos el nombramiento.

Apoderado para Asistencia Médica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Apoderado Sustituto para Asistencia Médica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_