

# PODER NOTARIAL MÉDICO

## DESIGNACIÓN DE UN APODERADO PARA ASUNTOS MÉDICOS

Ley de Directivas Anticipadas (ver la sección 166.164 del Código de Salud y Seguridad)

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre), designo a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

como mi apoderado para tomar todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica en mi nombre, excepto en la medida en que exprese lo contrario en este documento. Este poder notarial médico entra en vigor si no tengo la capacidad de tomar decisiones sobre la atención médica que me ataña, y este hecho lo certifica por escrito mi médico.

LAS LIMITACIONES A LA FACULTAD QUE OTORGO A MI APODERADO PARA TOMAR DECISIONES SON LAS SIGUIENTES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESIGNACIÓN DE UN APODERADO SUPLENTE:

(Aunque no está obligado a designar a un apoderado suplente, puede designar uno si lo desea. Si el apoderado designado por usted no puede o no quiere actuar como tal, un apoderado suplente puede tomar las mismas decisiones sobre la atención médica que el apoderado designado. Si el apoderado designado es su cónyuge, la designación queda automáticamente revocada por ley en caso de que su matrimonio se disuelva, se anule o se declare nulo, a menos que en este documento se estipule otra cosa).

Si la persona designada como mi apoderado no puede o no quiere tomar decisiones en mi nombre sobre la atención médica, designo a las siguientes personas para que sean mis apoderados y tomen decisiones médicas en mi nombre según se autoriza en este documento, quienes actuarán en el orden siguiente:

Primer apoderado suplente

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Segundo apoderado suplente

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El original de este documento se conserva en \_\_\_\_\_

Los siguientes individuos o instituciones han firmado copias:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

#### VIGENCIA

Estoy enterado de que este poder notarial tiene una vigencia indefinida a partir de la fecha en que formalizo este documento, a menos que yo establezca un tiempo más corto o que revoque el poder notarial. Si carezco de la capacidad necesaria para manifestar mi voluntad sobre asuntos médicos cuando este poder notarial venza, la facultad que otorgo a mi apoderado continuará vigente hasta el momento en que yo pueda por mí mismo tomar decisiones sobre mi salud.

(SI ES APLICABLE) Este poder notarial vence el: \_\_\_\_\_

#### REVOCACIÓN DE LAS DESIGNACIONES ANTERIORES

Revoco cualquier poder notarial médico anterior.

#### DECLARACIÓN

**ESTE PODER NOTARIAL MÉDICO ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

A menos que usted establezca lo contrario, este documento autoriza a la persona que usted nombre como apoderado a tomar cualquier decisión sobre la atención médica que le ataña, conforme a los deseos y creencias religiosas y morales de usted, cuando usted ya no tenga la capacidad necesaria para manifestar su voluntad. Dado que "atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su estado de salud física y mental, su apoderado tiene facultades para tomar un amplio margen de decisiones en su nombre sobre la atención médica que le ataña. Su apoderado puede consentir, negarse a consentir o retirar su consentimiento a que se le dé a usted tratamiento médico, y puede tomar decisiones relacionadas con la retirada o suspensión de cualquier tratamiento para prolongarle la vida. Su apoderado podría negar su consentimiento a que se le presten servicios voluntarios de salud mental para pacientes hospitalizados, terapia convulsiva, psicocirugía o aborto. El médico tiene que cumplir las instrucciones que su apoderado le dé o permitir que a usted se le transfiera para recibir la atención de otro médico.

La facultad de su apoderado entra en vigor a partir del momento en que su médico certifique que usted carece de la capacidad para tomar decisiones sobre su atención médica.

Su apoderado está obligado a seguir las instrucciones de usted al tomar decisiones en su nombre. A menos que usted establezca lo contrario, su apoderado tiene las mismas facultades para tomar decisiones sobre su atención médica que las que usted tendría si tuviera la capacidad de manifestar su voluntad acerca de la atención médica. Antes de firmar este documento, es importante que estudie su contenido con su médico u otro proveedor de atención médica, a fin de asegurarse de que comprende cuál es la naturaleza y la variedad de decisiones que podrán adoptarse en su nombre. Si no cuenta con un médico que le atienda, deberá hablar con alguien más que esté bien informado sobre estos asuntos y pueda responder a sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para llenar este documento; pero, si en este hay algo que no comprende, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted nombre como apoderado debe ser alguien que conozca y en quien confíe. Esa persona debe ser mayor de 18 años de edad o alguien menor de 18 años a quien se le hayan eliminado los impedimentos por minoría de edad. Si usted nombra a su proveedor médico o proveedor de atención residencial (p. ej., su médico o un empleado de una agencia de atención médica a domicilio, hospital, casa de reposo o centro de atención residencial, que no sea un familiar), esa persona tendrá que elegir entre actuar ya sea como su apoderado o como su proveedor de atención residencial; la ley no permite que una misma persona desempeñe las dos funciones a la vez. A la persona a quien nombre, debe informarle que quiere que esa persona sea su apoderado para actuar en los asuntos de atención médica que le atañan a usted. Usted debe estudiar el contenido de este documento con su apoderado y su médico, y entregarle a cada uno una copia firmada. Debe indicar en el propio documento las personas e instituciones que usted quiere que reciban copias firmadas. Su apoderado no es responsable de aquellas decisiones de atención médica que se hayan tomado de buena fe en su nombre.

Una vez haya firmado este documento, tiene derecho a tomar aquellas decisiones de atención médica que le afecten, siempre y cuando tenga la capacidad de tomarlas, y no se le puede dar tratamiento o suspenderlo si usted se opone a ello. Tiene derecho a revocar la facultad otorgada a su apoderado informando a su apoderado o proveedor médico o de atención residencial, ya sea oralmente o por escrito, o formalizando un poder notarial médico posterior. A menos que establezca lo contrario en este documento, la designación por usted de su cónyuge queda revocada si su matrimonio se disuelve, se anula o se declara nulo.

En este documento no se pueden introducir cambios ni modificaciones. Si quiere introducir cambios en este documento, necesitará formalizar un nuevo poder notarial médico.

Usted podría querer designar un apoderado suplente en el caso de que su apoderado no quiera, sea incapaz o no reúna las condiciones para actuar como su apoderado. Si designa a un apoderado suplente, el apoderado suplente tiene las mismas facultades que el apoderado para adoptar decisiones de atención médica en su nombre.

**ESTE PODER NOTARIAL NO ES VÁLIDO A MENOS QUE:**

- (1) USTED LO FIRME Y SU FIRMA ESTÉ RECONOCIDA ANTE NOTARIO PÚBLICO; O
- (2) USTED LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES.

**LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR EN CALIDAD DE TESTIGOS:**

- (1) la persona a quien usted haya designado como apoderado;
- (2) una persona relacionada con usted por consanguinidad o matrimonio;
- (3) una persona con derecho a cualquier porción de su patrimonio después de su muerte bajo un testamento o codicilo formalizado por usted o por disposición legal;
- (4) el médico que le atiende a usted;
- (5) un empleado del médico que le atiende a usted;

- (6) un empleado de un centro de atención médica del que usted es un paciente si el empleado le está proporcionando atención médica directa a usted, o si es un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica; o bien
- (7) una persona que, al momento en que este poder médico se formaliza, tiene una reclamación contra cualquier porción de su patrimonio después de su muerte.

Al firmar más abajo, reconozco que he leído y entendido la información contenida en la declaración anterior.

**(DEBE FECHAR Y FIRMAR EL PRESENTE PODER NOTARIAL. PUEDE FIRMARLO Y CERTIFICAR SU FIRMA ANTE UN NOTARY PUBLIC O PUEDE FIRMARLO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS COMPETENTES ADULTOS).**

**FIRMA RECONOCIDA ANTE NOTARIO**

El presente poder notarial médico lo firmo con mi nombre el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, año), en

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

Estado de Texas

Condado de \_\_\_\_\_

Este documento fue reconocido ante mí el día \_\_\_\_\_ (fecha) por \_\_\_\_\_ (nombre de la persona que lo reconoce).

\_\_\_\_\_  
NOTARY PUBLIC, State of Texas

Nombre en letra de molde del Notary Public:

\_\_\_\_\_

Mi comisión expira el:

\_\_\_\_\_

O

**FIRMA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS COMPETENTES ADULTOS**

El presente poder notarial médico lo firmo con mi nombre el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, año), en

---

(Ciudad y estado)

---

(Firma)

---

(Nombre en letra de molde)

---

---

#### DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

Declaro que no soy la persona designada como apoderado en este documento. No estoy emparentado con el interesado por consanguinidad ni matrimonio. De ninguna manera me correspondería ningún derecho a ninguna porción del patrimonio del interesado en caso de muerte del interesado. No soy el médico que atiende al interesado ni soy un empleado del médico que atiende al interesado. No tengo ninguna reclamación sobre ninguna porción del patrimonio del interesado en caso de muerte del interesado. Además, si soy empleado de un centro de atención médica en el que el interesado sea un paciente, no estoy involucrado en la prestación de atención médica directa al interesado, y no soy un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro médico.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

#### FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---