

**PODER LEGAL PERMANENTE
PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y
DIRECTIVAS PARA EL CUIDADO
DE LA SALUD**

Y

Formulario De Autorizacion Legal Privada De Salud (HIPAA)

**Preguntas y Respuestas Frecuentes,
Instrucciones y Formularios**



**Distibuido como un servicio público por la
Asociación de Abogados de Missouri**

Tabla de CONTENIDO

De la Barra de Alogados de Missouri para usted	1
Nota Especial	1
Introducción	1
Preguntas frecuentes acerca del Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y Directivas para el Cuidado de la Salud.....	2
Instrucciones específicas para llenar los formularios del Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y Directivas para el Cuidado de la Salud	
Instrucciones para la Parte I - Poder Legal Permanente para el Cuidado de la salud ..	4
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0; width: fit-content; margin: 10px auto;"><p>Parte desprendible sobre - El Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y Directivas para el Cuidado de la Salud</p></div>	
Instrucciones para la Parte II - Directivas del Cuidado de la Salud	5
Instrucciones para la Parte III - Relaciones entre el Poder Legal Permanente para el cuidado de la Salud y Directivas para el Cuidado de la salud, firma y certificación notarial.....	6
Instrucciones para el formulario de autorización privada del HIPAA.....	8
Formulario de Autorización Privada del HIPAA	9

DE LA ASOCIACION DE ABOGADOS DE MISSOURI PARA USTED

Este formulario para decisiones del cuidado de la salud, la publicación del formulario de información médica y el folleto de instrucciones han sido desarrollados como un servicio de la Asociación de Abogados de Missouri, que es la Asociación de todos los Abogados del Estado. Trabajando para el bienestar de la comunidad. La Asociación de Abogados de Missouri se esfuerza para mejorar las leyes y la administración de la justicia.

This document and all of its forms have been translated into Spanish for your convenience, from its original version in English. Should there be any confusion, contradiction, ambiguity or misunderstanding of any phrase, sentence or word translated into Spanish, then, the English version shall prevail. Please consult or ask for a copy of the English version for verification if necessary. Este documento y todos sus formularios han sido traducidos al Español para su conveniencia, de su versión original en Inglés. Si existe alguna confusión, contradicción, ambigüedad o malentendimiento de alguna frase, oración o palabra traducida al Español, entonces la versión en Inglés prevalecerá. Por favor consulte o pida una copia de la versión en Inglés para verificación si es necesario.

NOTA ESPECIAL

Es importante entender que las instrucciones y las preguntas que frecuentemente se hacen, que constan en el folleto; como también en los formularios que Ud. puede llenarlos, no sustituyen a una reunión con el abogado con experiencia en ayudar a los clientes para completar estos formularios, del que recibirá consejos y orientación legal. Con frecuencia los abogados quienes hacen planificación legal de propiedades/bienes, leyes de ancianos y práctica general de leyes que enfatizan en aquellas áreas pueden ayudarle con su cuidado de la salud y planificación anticipada. Por favor sírvase contactar con alguno de ellos si usted tiene alguna pregunta.

PARA PEDIR INFORMACION

Los formularios con la información de estos folletos están a su disposición en el sitio web de la Asociación de Abogados de Missouri: www.mobar.org y puede llenarlo por computadora. Copias impresas adicionales de este folleto o de los formularios están disponibles sin costo alguno en las Salas de Corte, bibliotecas y los Centro de Extensión de la Universidad de Missouri. Los formularios pueden ser copiados para el uso de cualquier persona. El folleto y los formularios pueden ser solicitados a la Asociación de Abogados de Missouri sin ningún costo.

Las copias de este folleto pueden ser solicitadas por computadora a: www.mobar.org. Además las copias pueden ser solicitadas, enviando un correo electrónico a: brochures@mobar.org o escribiendo a:

Health Care Form • The Missouri Bar
P. O. Box 119 • Jefferson City, MO 65102-0119

INTRODUCCION

Las instrucciones específicas para llenar el formulario desprendible del Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y Directivas para el Cuidado de la Salud, las encontrará en este folleto o en el sitio web de la Asociación de Abogados de Missouri: www.mobar.org. El formulario generalmente se lo copia y se lo entrega a los proveedores del cuidado de la salud sin las instrucciones. Es la intención de que las copias sean aceptadas como los originales.

Las instrucciones específicas se las provee para llenar y publicar el formulario de información médica y se las encuentra en este folleto o en el sitio web de la Asociación de Abogados de Missouri.

Usted puede tener preguntas acerca del proceso de un plan de cuidado anticipado, así como también el uso de los formularios que constan en este folleto o en el sitio de la red. Si es así, le sugerimos leer las “preguntas frecuentes que se hacen”, con las respuestas de los abogados que prepararon los formularios o contactarse con un abogado que usted escoja para que conteste a sus preguntas.

Por favor, recuerde que un formulario no puede responder a las necesidades de cada persona o no contienen todas las alternativas de una persona. La mayoría de personas reconocen que dar pasos en una forma de “talla única” tal vez no puede ser apropiado para cada persona; sin embargo, se han hecho esfuerzos para preparar un formulario que llene las necesidades de muchas personas que podrán llenar estos formularios.

Si cualquier de estos formularios no llena sus necesidades específicas de acuerdo a sus deseos, por favor consulte con un abogado que practique en estas áreas y le asegure que sus alternativas de cuidado y tratamientos, así como también los que toman decisiones sean las apropiadamente dirigidas y seguidas.

PREGUNTAS FRECUENTES QUE HACEN (“FAQs”)

Q #1. ¿Necesito un abogado para completar este formulario?

A. No. Pero si usted cree que este formulario no incluye todas sus necesidades; o si usted tiene preguntas, usted podría consultar con un abogado. Si Usted tiene preguntas de cuidado y tratamiento médico, su médico, trabajadores sociales, enfermeras certificadas y otro personal de cuidado de salud, podrían también ayudarle y contestar a sus preguntas.

Q #2. ¿Porqué tiene tres partes este formulario?

A. **Parte I** es su Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud. En la Parte I usted nombra a alguien que sea la persona que tome las decisiones por usted, si usted no esta capacitado para tomarlas o comunicarlas en el futuro. Usted también designará a otras personas como alternantes si la primera persona que usted nominó, no está en capacidad de hacerlo. Finalmente, haga una lista de los poderes que usted quiere que la persona que usted autoriza, pueda hacerlo por usted, en caso de que usted no pueda tomar esas decisiones. Cuando llene la Parte III, la Parte I puede ser usada con o sin la Parte II.

Parte II son las Directivas para el Cuidado de la Salud. En la Parte II usted indica sus cuidados y tratamientos alternativos acerca de los procedimientos para prolongar la vida si usted se encuentra inconsciente permanentemente o al final de un estado de severa incapacidad o una enfermedad terminal. Deberían darle a usted las alternativas anticipadamente, en el momento en que usted esté todavía consciente para darle a su Apoderado las direcciones acerca de la decisión que usted tomaría acerca de su vida, si llegara el caso y usted no pueda tomarla o comunicarla. Cuando complete con la Parte III, la Parte II puede ser usada con o sin la Parte I.

Parte III instruye a su Apoderado en la forma de como debe usar el formulario para tomar la decisión y también le provee la autorización para que el poder sea notariado antes de usarlo. Si la Parte II es llenada, el formulario debe llevar la firma de un testigo. La notarización debe hacerse de cada una de las partes ya sea la Parte I o la Parte II.

Q #3. ¿Qué es el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud? (Parte I)

A. El Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I) es un documento que le permite a usted designar a alguna persona para que tome todo

tipo de decisiones sobre su salud y siga las alternativas que tenga, pero solamente cuando usted no esté en capacidad de tomarlas.

Estas decisiones no solamente incluyen en abogar por el cuidado y tratamiento que usted necesita, pero también puede incluir decisiones para quitar o suspender procedimientos usados para prolongar la vida cuando usted afronte ciertas condiciones específicas.

Q #4. ¿Cuales son las Directivas para el Cuidado de la Salud? (Parte II)

A. Las Directivas para el Cuidado de la Salud (Parte II) es un documento que le permite a usted establecer con anticipación las alternativas que usted puede tomar relacionadas al cuidado y tratamiento, incluyendo los procedimientos de prolongación de la vida, cuando usted enfrenta ciertas condiciones especiales. Esto puede consistir en proveer la dirección y el respaldo a su apoderado para tomar una decisión, cuando a su apoderado le pregunten los que cuiden de su salud para tomar una alternativa acerca de los procedimientos de prologar la vida, cuando usted no pueda comunicarlos.

Q #5. ¿Necesito los dos, el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y las Directivas para el Cuidado de la Salud?

A. Este es un asunto de escoger. Si usted quiere que alguien hable por usted en lo que concierne a su futuro cuidado médico y tratamientos, usted tiene que nombrar a un Apoderado para que lo haga, así en el Poder Legal Permenente (Parte I). Por favor haga esta (Parte I) si usted tiene alguien en mente para nombrarlo. Si usted solamente quiere nombrar a alguien que tome decisiones sin incluir una directiva a seguir al tomar decisiones, entonces complete la Parte I y III sin la Parte II.

Si usted quiere indicar sus alternativas anticipadamente acerca del cuidado y tratamiento, incluyendo los procedimientos para prolongar la vida, usted necesita completar las Directivas para el Cuidado de la Salud (Parte II). Las Directivas para el Cuidado de la Salud (Parte II) puede proveer una guía y el respaldo a su Apoderado para seguir sus alternativas. Si usted no quiere nombrar a un Apoderado para que tome las decisiones de usted, entonces complete las Partes II y III sin la Parte I (por supuesto, asegúrese de indicar su nombre y la información de identificación

en la parte superior de la primera página del formulario, aun sino esta usando la Parte I).

Q#6. ¿Cuáles son los requerimientos para que una persona pueda servir como mi apoderado?

A. Usted puede nombrar a una persona de 18 años de edad o mayor. Un Apoderado es generalmente un pariente cercano o un amigo en el que usted confie su vida. El apoderado no puede ser su médico o el dueño/operador o empleado de un lugar de cuidados de la salud, donde usted es paciente o residente, a menos que usted sea pariente de esa persona.

Q#7. ¿Puede su apoderado pedir que el tubo de alimentación artificial sea suspendido o quitado?

A. Si, si usted autoriza específicamente a su apoderado que lo haga así. El Poder Legal Permenente del Cuidado de la Salud (Parte I) requiere que usted indique si es que usted escoje que su apoderado tenga la autoridad de suspender o quitar el suministro artificial de nutrición o hidratación (Ejemplo: tubo de alimentación). Usted puede también especificar su decisión acerca de suspender o quitar el suministro artificial de nutrición e hidratación y las serias condiciones que usted debe enfrentar antes de que los procedimientos de prolongación de la vida, indicados en las Directivas para el Cuidado de la salud. (Parte II) sean suspendidas o quitadas.

Q#8. ¿Cuándo puede actuar mi Apoderado?

A. El Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I) solo llega a ser efectivo cuando a usted le consideran estar incapacitado y no puede tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. El formulario le abilita a que usted escoja si es que usted quiere que un médico o dos determinen si usted esta incapacitado. A menos de que usted indique lo contrario, la Ley del Estado de Missouri requiere que dos médicos determinen que usted esta incapacitado. Muchas personas escojen solo un médico. Por favor sirvase considerar si dos médicos estarían disponibles cuando su Apoderado necesite para hacer una decisión de emergencia sobre el cuidado de su salud por usted.

Q#9. ¿Si yo ya he llenado un formulario del Poder Legal Permanente, debería llenar un nuevo Poder Legal Permanente para la Salud. (Parte I)?

A. Esto depende si usted quiere actualizar y reemplazar lo que usted tiene con algo que cumpla con la Ley la Missouri a la fecha. Su Poder Legal Permenente puede no cubrir el cuidado de salud,

puede haber sido aprobado en otro estado o no puede estar actualizado, o puede necesitar designar a otra persona diferente para que tome sus decisiones. Por ejemplo, el “Derecho a Sepultura” necesitará ser especificado en su Poder Legal Permanente, si usted quiere que su Apoderado pueda decidir de como disponer de su cuerpo después de que usted muera de acuerdo a la reciente promulgación de la ley.

Q#10. ¿Si yo ya tengo un testamento u otra directiva acticipada, debería yo llenar una Nueva Directiva para el Cuidado de la Salud (Parte II)?

A. Esto depende si es que sus documentos dicen específicamente sus alternativas actuales. Muchos testamentos que se hacen normalmente se aplican solamente cuando usted está con la expectativa de morir a corto plazo y no le permite suspender o eliminar el suministro artificial de nutrición o hidratación. A menudo los testamentos no designan apoderados para que tomen sus deciones cuando usted no está en capacidad de hacerlo, y usted puede llenar la Parte I para hacer eso. Algunos testamentos no cubren la condición de estar permanentemente inconsciente.

Q#11. ¿Cuál es la diferencia entre una orden de no resucitación fuera del hospital (OHDNR) y una Directiva para el Cuidado de la Salud?

A. Una orden de (OHDNR) es una orden del médico bajo las leyes de Missouri para que el paciente no sea resucitado si es que el paciente deja de respirar o el corazón del paciente se detiene. La orden debe ser firmada por el médico y el paciente (o si el paciente no tiene capacidad, el apoderado del paciente bajo el Poder Legal Permanente sobre el Cuidado de la Salud o el Guardian Legal del paciente). Una directiva para la salud del paciente no es orden del médico, pero está firmada por el paciente para indicar las opciones del paciente acerca de lo diversos tipos de tratamiento si ciertas condiciones suceden en el futuro. Por favor sirvase visitar a su proveedor del cuidado de su salud si usted tiene preguntas posteriores.

Q#12. ¿Termina el mandato de mi Apoderado bajo el Poder Legal Permenente para el Cuidado de la Salud cuando yo muero?

A. Si, con unas pocas excepciones. En la sección 5.F. de la Parte I del Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud, usted puede dar a su apoderado los siguientes poderes especiales para actuar en su nombre después de que usted fallezca: (A) escojer y controlar el entierro, cremación u otra disposición final para sus restos (llamado el “derecho de sepultura”);

(B) dar consentimiento para una autopsia; y (C) delegar las desiciones del cuidado de la salud a otra persona. En Seccion 5.G., usted puede dar as su Apoderado el poder para consentir o prohibir donaciones anotómicas de órganos o partes del cuerpo.

Q#13. ¿Qué es el derecho de sepultura? ¿Puedo yo designar a mi Apoderado para que tenga este derecho?

A. El derecho de sepultura se da a una persona para controlar su cepelio, cremación u otra disposición final de su cuerpo. Usted puede autorizar a su Apoderado a tener este derecho en la Sección 5.F., de la Parte I del Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud. Si usted no autoriza a su Apoderado a tener este derecho, la Ley de Missouri le da el derecho a su esposo/esposa u otros miembros de la familia, con una cierta prioridad para tener el control. Usted debería

informar a su Apoderado acerca de sus deseos de que quiere que le suceda a su cuerpo después de su muerte. Usted puede obtener mas información acerca de su derecho de cepultura en una funeraria.

Q#14. ¿Después de llenar el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I) y/o las Directivas para el Cuidado de la Salud (Parte II) necesito hacer algo mas?

A. Usted debería hacer varias cosas después de que usted haya llenado el formulario. Primero usted debería, desprender y dar copias del formulario a su Apoderado, su médico y a cualquier otro proveedor de salud. Segundo, usted debería discutir lo que usted desea hacer con su Apoderado, sus médicos y sus familiares y amigos, incluyendo a un sacerdote. Finalmente usted debería revisar su formulario para mantenerlo actualizado y recordar a su Apoderado, sus médicos y sus familiares y amigos de sus deseos de una manera periódica.

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA LLENAR EL FORMULARIO

Este formulario está diseñado para que usted como Principal indique sus alternativas específicas. Escriba su nombre completo con nitidez en la primera linea en blanco, en la parte superior de la página 1 porque usted es el Principal. Llene la información con la dirección actualizada, ciudad, estado, y código postal en la segunda linea en blanco en la parte superior de la página uno.

Instrucciones para la Parte I – PODER LEGAL PERMANENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (Páginas 1-2)

Si usted escoje designar a un Apoderado para que tome sus decisiones por usted, sobre el cuidado de la salud cuando usted esté incapacitado, llene la Parte I. Si Usted no designa a un Apoderado, marque con una "X" en la Parte I, en las páginas 1 y 2 y continúe con la Parte II para las Directivas sobre su Cuidado de la Salud.

Sección 1 (Página 1). Selección del Apoderado:

Por favor, piense cuidadosamente acerca de la persona que usted quiere que sea su Apoderado para tomar decisiones por usted sobre su cuidado de la salud, porque usted confiará en esa persona para que tome decisiones acerca de su vida. En vez de nombrar a su hijo mayor, usted debería considerar la forma que esa persona comunicaría de sus deseos a los proveedores de la salud.

Usted quiere alguien quien sea firme, diplomático, y confiable en seguir sus deseos. Su Apoderado necesita matener a la familia informada y tratar de llegar a un concenso con ellos acerca de los procedimientos para la prolongación de la vida, cuando sea posible.

Se sugiere que solamente un solo apoderado sea nombrado para servir cada vez. Designar mas de una persona para tomar decisiones puede resultar en confusion para la familia y para el personal del cuidado de la salud y puede generar un retraso indebido en una emergencia. Si mas de uno esta en funciones en un determinado momento, es mejor especificar que uno puede actuar individualmente.

Sección 2 (Página 1). Apoderados Alternantes:

Usted debería nombrar alternantes para actuar en caso de que su primer Apoderado renuncie, o no pueda o no está abilitado para actuar. Usted debería tratar de escojer a alguien con similares características de aquellos que usted esta buscando como para ser su primer Apoderado. Por lo menos se le recomienda buscar a dos.

Sección 3 (Página 1). Durabilidad: Esta es la cláusula estandard que se requiere para que el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud sea efectivo en Missouri, después de que el Apoderado principal se torne incapacitado.

PODER LEGAL PERMANENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y/O DIRECTIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE

(Escriba su nombre completo aquí) _____

(Dirección, ciudad, estado, código postal) _____

PARTE I. PODER LEGAL PERMANENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD. (Si usted **NO DESEA** nombrar a alguien para que sirva como su Apoderado para que tome decisiones por usted, marque una "X" en toda las páginas 1 y 2 y continúe con la Parte II)

1. **Selección del Apoderado.** Yo, _____, en la actualidad residente del Condado de _____, Missouri, nombro a la siguiente persona como mi verdadero y legal abogado de hecho "attorney-in-fact" ("Apoderado"):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): 1st _____ 2nd _____

2. **Apoderado Alternante.** Si mi Apoderado renuncia o no puede o no está disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud en mi nombre, o si el Apoderado designado por mí se divorcia de mí o es mi esposo(a) y se separa legalmente de mí, yo designo a las siguientes personas en el orden que nomino abajo, para que sirvan como mis Apoderados Alternantes y tenga los mismos poderes que mi Apoderado:

Primer Apoderado Alternante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): 1st _____

2nd _____

Segundo Apoderado Alternante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): 1st _____

2nd _____

3. **Durabilidad.** Este es un Poder Legal Permanente y la autoridad de mi Apoderado, cuando este efectiva no terminará o no será anulada o anulable si Yo estoy o me torno inhabilitado o incapacitado o en la circunstancia de una incertidumbre posterior de que si Yo estoy muerto o vivo.

4. **Fecha Efectiva.** Este Poder Legal Permanente se hace efectivo cuando Yo esté incapacitado y no pueda tomar y comunicar una decisión sobre mi cuidado de la salud según se certifica por (*chequee uno de los siguientes cajones*):

un médico dos médicos.

5. **Poderes del Apoderado.** Yo concedo a mi Apoderado completa autoridad para:

A. Le doy el consentimiento para, prohibir o eliminar cualquier tipo de cuidado de la salud, cuidado a largo plazo, hospicio o cuidado paliativo, cuidado médico, tratamiento, o procedimiento, ya sea en mi residencia o en un establecimiento fuera de mi residencia, aún si mi muerte puede ser el resultado, incluyendo, pero no limitado a una orden de no resucitar fuera del hospital, con la siguiente específica autorización (*ponga iniciales en uno de los siguientes cajones para indicar su decisión*):

Iniciales

Yo quiero AUTORIZAR a mi Apoderado a ordenar a un proveedor de salud a suspender, o eliminar el suministro nutricional artificial e hidratación (incluyendo el tubo de alimentación de comida y agua);

Iniciales

O Yo NO AUTORIZO a mi Apoderado a ordenar a un proveedor de salud a suspender, o eliminar el suministro nutricional artificial e hidratación (incluyendo el tubo de alimentación de comida y agua);

B. Para que haga todos los arreglos necesarios para los servicios de cuidado de mi salud en mi nombre y contrate o despida al personal médico responsable de mi cuidado médico;

Iniciales _____

Parte I Después de llenar, desprenda, haga copias y entregue a los proveedores del cuidado de su salud.
El Poder Legal Permanente para el cuidado de la Salud y/o Directivas para el cuidado de la salud.

Página 1 de 4
Revisado 9/11

- C. Llevenme o saquenme de cualquier establecimiento de cuidado de salud, o de asistencia de vida o de mi casa (Aún en contra del consejo médico) para lograr cumplir con las decisiones de mi Apoderado;
- D. Tome cualquier otra acción necesaria para hacer todo lo que autorizo aquí, incluyendo, pero no limitado a, concediendo cualquier no aplicación o renunciación de responsabilidad requerida por cualquier proveedor de salud y tomando cualquier acción legal a expensas de mi estado, para reforzar este Poder Legal Permanente del Cuidado de la Salud;
- E. Recibir información relacionada con mi cuidado de la salud, obteniendo copias y revisar mis informes médicos, autorizo a revelar mis informes médicos y actuar como “mi representante personal” como se define en las regulaciones [45 C.F.R 164.502(g)] promulgada por medio de Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”);
- F. Además de los poderes especificados arriba, Yo autorizo a mi Apoderado a hacer uno o mas de los siguiente;
(ponga una señal en las opciones deseadas):

Determinar lo que pasa con mi cuerpo después de mi muerte;

Dar el consentimiento después de mi muerte para una autopsia o examen post mortem de mis restos;

Delegar el poder de tomar decisiones del cuidado de mi salud a otra persona (“Delegado”) seleccionado por mi Apoderado, y el Delegado deberá ser identificado por escrito por mi Apoderado;

- G. Con respecto a las donaciones anatómicas de mi cuerpo o cualquier parte (ej. órganos o tejidos), por favor ponga sus iniciales en las opciones que usted desea, abajo mencionadas:

AUTORIZACION DE DONACIONES ANATOMICAS. Yo deseo AUTORIZAR a mi Apoderado que haga una donación anatómica de mi cuerpo o parte (órgano o tejido).

<p>Mis donaciones son para los siguientes propósitos: (señale una)</p> <p><input type="checkbox"/> Transplante</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia</p> <p><input type="checkbox"/> Investigación</p> <p><input type="checkbox"/> Educación</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los de arriba</p>	<p>ESPECIFICACIONES DE LAS DONACIONES: (señale una)</p> <p>Me gustaría donar</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier órgano y tejido que se necesite, que la ley lo permita.</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier órgano y tejido que la ley lo permita, con las siguientes restricciones:</p>
--	---

PROHIBICION DE DONACIONES ANATOMICAS. YO NO AUTORIZO que mi Apoderado haga una donación anatómica de mi cuerpo o alguna parte (órgano o tejido).

6. Responsabilidad Financiera y Compensacion de mi Apoderado. Mi Apoderado actua bajo el Poder Legal Permanente del Cuidado de la Salud no incurrirá en ninguna responsabilidad financiera. Mi Apoderado, no recibirá una compensación por los servicios que realice bajo este Poder Legal Permanente el Cuidado de la Salud, pero mi Apoderado tendrá derecho a ser reembolsado por todos los gastos razonables incurridos como resultado de llevar a cabo cualquier provision aqui mencionada.

PARTE II. DIRECTIVAS DEL CUIDADO DE LA SALUD

(Si usted NO QUIERE dar un Directiva sobre el Cuidado de la Salud, pero solo quiere tener un Apoderado que tome sus decisiones sin la directiva, asegúrese de que usted haya llenado la Parte I en las páginas 1 y 2, marque con una “X” toda la Parte II en las páginas 2 y 3 y continúe con la Parte III.)

1. Yo doy esta DIRECTIVA SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD (“Directiva”) para ejercer mi derecho a determinar el curso de mi cuidado de mi salud y proveer de una prueba clara y convincente de mis alternativas e instrucciones acerca de mi tratamiento.

Iniciales _____

Partes I y II - Formulario desprendible de la Barra de Missouri.
El Poder Legal Permanente para el cuidado de la Salud y/o Directivas para el cuidado de la salud.

Página 2 de 4
Revisado 9/11

2. Si yo estoy en una persistente inconciencia o no hay una expectativa razonable de mi recuperación de una seria incapacidad o de una enfermedad o condición terminal, yo dirijo que todos los procedimientos para la prolongación de la vida que yo haya puesto iniciales abajo se suspendan o eliminen.

Iniciales

Suministro nutritivo artificial e hidratación (Incluyendo el tubo de alimentación de comida y agua)

Iniciales

cirugía u otros procedimientos invasivos

Iniciales

resucitación cardio/pulmonar (CPR)

Iniciales

antibióticos

Iniciales

dialisis

Iniciales

ventilador mecánico (respirador)

Iniciales

quimioterapia

Iniciales

radioterapia

Iniciales

otros procedimientos especificados por mi (aditamento) _____

Iniciales

todos los otros procedimientos médico o quirúrgicos de “prolongación de la vida” que tienen solamente la intención de mantenerme vivo sin una esperanza razonable o mejoramiento de mi condición o curar mi enfermedad o herida

3. Sin embargo, si mis médicos creen que cualquier procedimiento de prolongación de la vida podría conducir a una recuperación significativa para mi, así comunicada por mi o mi Apoderado a mi médico, entonces yo dirijo a mi médico para que apruebe el tratamiento por un periodo de tiempo razonable. Si esto no mejora mi condición, Yo dirijo que el tratamiento sea suspendido o eliminado aún si esto acorta mi vida. Yo también dirijo que me den un tratamiento médico para aliviar el dolor o darme tranquilidad, aún si tal tratamiento podría acortar mi vida, suprimir mi apetito o mi respiración o cause hábito.

4. Si yo ya he consentido estar en el registro de donadores de órganos y tejidos en Missouri o mi Apoderado ha autorizado la donación de mis órganos y tejidos, estoy consciente de que puede ser necesario mantener mi cuerpo artificialmente después de mi muerte hasta que mis órganos y tejidos sean removidos.

SI YO NO HE DESIGNADO A UN APODERADO EN EL PODER LEGAL PERMANENTE, LA PARTE II DE ESTE DOCUMENTO TIENE FUERZA LEGAL Y EFECTIVA COMO MI DIRECTIVA PARA EL CUIDADO DE MI SALUD.

PARTE III. LAS PROVISIONES GENERALES INCLUIDAS EN EL PODER LEGAL PERMANENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA DIRECTIVA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

1. La relación entre el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y La Directiva para el Cuidado de la Salud. Si yo he ejecutado ambos, el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y la Directiva para el Cuidado de la Salud, yo le insisto a mi Apoderado a:

- A. Primero, seguir mi opciones así expresadas en la Directiva de la parte de arriba o de lo contrario conociendome a mi o habiendo tenido varias discusiones conmigo acerca de tomar decisiones relacionadas con los procedimientos para la prolongación de la vida.
- B. Segundo, Si mi Apoderado no conoce mis alternativas por una decisión específica del momento, pero mi Apoderado tiene evidencia de mis preferencias, mi Apoderado puede determinar como yo decidiría. Mi Apoderado debería considerar mis valores, mis creencias religiosas, mis decisiones pasadas y declaraciones pasadas. El propósito es escoger como si yo escogería, *aun si esto no sería lo que mi Apoderado escogería por el mismo o por ella misma.*

Iniciales _____

Las Partes II y III del Formulario desprendible de la Barra.
El Poder Legal Permanente para el cuidado de la Salud y/o Directivas para el cuidado de la salud.

Página 3 de 4
Revisado 9/11

Sección 4 (Página 1). Fecha Efectiva: El Apoderaado designado en su Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud puede solamente actuar después de que uno o dos médicos determinen que usted tiene falta de capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Por favor indique si usted quiere que uno o dos médicos determinen cuando usted está incapacitado. Si usted falla en especificar, entonces la ley presume que usted quiere los dos. Por favor recuerde que en algunas partes del Estado y en ciertos establecimientos del cuidado de la salud durante las emergencias en horas no laborables, puede ser difícil encontrar a un segundo médico para determinar la capacidad para tener a alguien que abogue sobre su cuidado de la salud.

Sección 5 (Página 1). Los Poderes del Apoderado: Algunos de los poderes en lista son auto-explicativos y no requieren de que usted escoja de la opciones pero le da a su Apoderado el poder de que abogue por un tratamiento y cuidado de usted, así como también hacer la decisiones necesarias para proveer la información del consentimiento para su cuidado médico. Otros poderes en la lista requiere de que usted escoja de algunas opciones. Las siguientes instrucciones son para las subsecciones que requieren que usted escoja su opción.

En la Subsección 5.A (Página 1), por favor indique su opción poniendo una señal en uno de los dos cajones, indicando si es que autoriza o no que su Apoderado suspenda o elimine el suministro artificial de nutrición o hidratación.

En la Subsección 5.F (Página 2), usted puede especificar ciertos poderes para que los siga su Apoderado:

- ✓ Tener el derecho a sepultura de su cuerpo para que sea designado "a un familiar cercano" bajo la Ley de Missouri para tener la custodia y el control para disponer de su cuerpo.
- ✓ Dar consentimiento para realizar una autopsia después de su muerte.
- ✓ Delegar el poder de tomar decisiones a otra persona. Esto puede ser útil en caso de que su Apoderado esté temporalmente en la disposición de no poder hacerlo.

En la Subsección 5.G (Página 2), usted puede escoger, poniendo una señal en el cajón sombreado,

autorizar las donaciones de partes de su cuerpo con la disposición de tener opciones que pueda tomarlas posteriormente, o usted puede escoger prohibir tales donaciones anatómicas, poniendo una señal en el segundo cajón sombreado.

Asegúrese de poner sus iniciales al final de las páginas 1, 2 y 3 del formulario.

Instrucciones par la Parte II - DIRECTIVA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (Páginas 2-3)

Si usted escoje dar autorización a su Apoderado o a sus proveedores de la Salud acerca de qué procedimientos sobre la prolongación de la vida usted quiere o no quiere si usted se encuentra constantemente inconsciente o en condiciones de enfermedad terminal, por favor, complete la Parte II. Si Usted escoje no autorizar a su Apoderado o a sus proveedores de su salud, marque una "X" en toda la Parte II en la páginas 2 y 3 y proceda a firmar la Parte III de su Formulario.

Sección 1 (Página 2) Indica su intención para autorizar bajo la Ley de Missouri, probando clara y convincentemente sus alternativas e instrucciones acerca de el tratamiento para prolongar la vida.

Sección 2 (Página 3) Indica que los procedimientos de prolongación de la vida tienen que ser suspendidos o eliminados solo bajo dos condiciones: Ya sea que usted esté en una condición de inconsciencia constante sin ninguna oportunidad de recuperación médica o usted está en última etapa de una condición terminal. Donde lo que se tiene que hacer en esta situación a menudo depende de lo que los proveedores médicos determinen y le digan a usted. Su Apoderado puede encontrar otros proveedores que tengan otras opiniones.

Ciertos procedimientos de prolongación de la vida están en lista para que usted indique que usted escoje suspender o eliminar al poner sus iniciales en los cajones sombreados, cuando usted está en condiciones de constante inconciencia o usted está al final de una etapa de condición terminal. Si usted sabe un procedimiento que usted no quiera pero no está en la lista, usted puede especificarla escribiendo ese nombre en la línea que está en blanco.

Sección 3 (Página 3) Indica que si usted recibe cualquier procedimiento de prolongación de la vida

y que podría resultar en una recuperación que usted defina como razonable, entonces usted indica que quiere que se le haga ese procedimiento. Esta sección también le permite a usted escoger que se le haga cualquier procedimiento de prolongación de la vida si la razón para hacerlo es para aliviar su dolor o darle comodidad a usted además de prolongarle la vida.

Sección 4 (Página 4) solo aplica si usted ha dado el consentimiento de hacer donaciones anatómicas de sus órganos o tejidos para llevar a cabo su deseo de hacerlo.

Instrucciones para la Parte III- PROVISIONES GENERALES APLICABLES PARA EL PODER LEGAL PERMANENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y LAS DIRECTIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD. (PAGINAS 3-4)

Parte III debe llenarse para que el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I) y la Directiva para el Cuidado de la Salud (Parte II) sean efectivas. Algunas de las secciones son auto-explicativas y una pocas se explican abajo.

Sección 1. Relación entre el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y la Directiva para el Cuidado de la Salud (Páginas 3-4). Si usted ha llenado los dos, el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I) y La Directiva para el Cuidado de la Salud (Parte II) o usted solo ha llenado el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I), entonces esta sección establece los pasos que considere su Apoderado y siga al tomar decisiones acerca de los procedimientos para la prolongación de la vida para usted.

A. Primero, siga sus deseos como lo expresó en su Directiva (Si usted la llenó) o de lo contrario de lo que le conoce a usted o habiendo tenido varias discusiones con usted acerca de tomar decisiones relacionadas con los procedimientos para la prolongación de la vida.

B. Segundo, si su Apoderado no sabe su deseo para una decisión específica al momento, pero su Apoderado tiene la evidencia de lo que usted podría querer, su Apoderado puede tratar de determinar cómo usted decidiría. A esto se lo llama Juicio

Sustituido (substituted judgment) y requiere de que su Apoderado se imagine por el mismo o por ella mismo en la posición suya. Su Apoderado debería considerar sus principios, creencias religiosas, decisiones pasadas y afirmaciones pasadas que usted ha hecho. El objetivo es hacer que su Apoderado escoja como lo que usted probablemente lo escojería, aún si este no es lo su Apoderado escojería por el mismo o por ella misma.

C. Tercero, si su Apoderado tiene poco o ningún conocimiento de los deseos que usted quisiera, entonces, su Apoderado y los doctores tendrán que tomar decisiones basados en lo que razonablemente una persona en su misma situación decidiría. Esto se llama tomar decisiones en su mejor interés. Usted debería tener confianza en la capacidad de su Apoderado de hacer decisiones en su mejor interés si su Apoderado no tiene la suficiente información para seguir sus preferencias o usar el juicio sustituido. Si este es el caso usted autoriza a su Apoderado a tomar decisiones, las cuales podrían aun estar en contra de sus Directiva a mejor juicio de el o de ella.

D. Finalmente, si el Poder Legal Permanente se determina que sea inefectivo o si su Apoderado (o su alternante nominado) no esta en capacidad de actuar, la Directiva (si usted la a completado) tiene la intención de ser usada en su propias como firmes intrucciones para los proveedores del cuidado de la Salud relacionado con los procedimientos para la prolongación de la vida.

Sección 3 (Página 4). Revocatoria de anterior Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud o Directiva para el Cuidado de la Salud. Si usted ha llenado una o ambas Partes I y II, usted está reemplazando y suplantando cualquier Poder Legal Permanente con terminos del Cuidado de la Salud o cualquier Directiva del Cuidado de la Salud anterior o testamento en vida. Usted debería dar copias de sus mas recientes formularios llenados a su Apoderado y alternante, su médico y otros proveedores del cuidado de la salud, y sus miembros de la familia.

Sección 4 Validez (Página 4). Este documento será considerado valido en Missouri y debería ser reconocido en otros estados y paises en forma temporal cuando usted está viajando. Si usted cambia su residencia. Usted debería llenar el formulario que su nuevo estado de residencia lo reconoce. En reconocimiento de que

los documentos necesitan ser dados a muchas personas, incluyendo a proveedores del cuidado de la salud, las copias se consideran válidas tanto como el original.

Firma (Página 4). Usted debe firmar el formulario en presencia de dos testigos si usted llena la Parte II y en frente de un notario público si usted llena la Parte I (o ambas Parte I y Parte II)





Testigos (Página 4). En vista de que Missouri requiere evidencias claras y convincentes de los deseos expresados en la Directiva del Cuidado de la Salud (Parte II) se requiere dos testigos.

Entonces, se requiere testigos si ambos el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I) y La Directiva para el Cuidado de la Salud (Parte II) se han llenado o solamente la Directiva para el Cuidado de la Salud (Parte II). Se sugiere que los testigos no estén relacionados con usted y sean mayores de dieciocho años de edad.

CERTIFICACION DEL NOTARIO (Página 4). La certificación del notario se requiere de acuerdo a la ley de Missouri, si usted designa a un Apoderado y llena el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (Parte I), o si usted llena ambos, Parte I y Parte II.

INSTRUCCIONES FINALES

Después de que usted ha llenado el formulario e indicado sus opciones, usted debería hacer lo siguiente:

-  Haga copias del formulario para su Apoderado y cualquier alternantes, su medico (llévele las copias en su proxima cita) y a los proveedores del cuidado de su salud, cuando usted es admitido en (ej. hospitales, clinicas, hogares para ancianos, hogares con asistencia de vida, hospicios, y proveedores de cuidado paliativos y agencias de servicio de salud en casa). Ellos le van a pedir estos documentos cada vez que usted sea admitido en esos lugares y usted debería darles nuevas copias cada vez que usted cambie el formulario.
-  Discuta, discuta, discuta con su familia, su Apoderado, sus médicos y sus proveedores del cuidado de su salud sus opciones, deseos y sus puntos de vista acerca de las condiciones de su salud, el tratamiento que usted prefiere, el cuidado o tratamiento que usted quiere evitar y que alternativas a usted le gustaría que hagan si le proponen procedimientos para la prolongación de la vida para usted, cuando usted está inconsciente persistentemente o cuando usted al final de una etapa de una incapacitación seria o enfermedad o condición terminal.
-  Si usted tiene elecciones que usted quiere que sean seguidas, no solamente acerca de procedimientos para la prolongación de la vida sino también acerca de otras consideraciones para el final de la vida, por favor discuta, lo que usted quiere que su familia, sus médicos, su clérigo y sus Apoderados. Usted puede obtener ayuda con esta planificación de abogados, quienes pueden ayudarle a clarificar sus deseos por escrito.
-  Después de que usted haya llenado el formulario del Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud y haberlo dado a su Apoderado, usted debería decirle a su Apoderado que usted tomará sus propias decisiones hasta que usted sea calificado y certificado de estar incapacitado. Después de que usted haya sido certificado como incapacitado, digale a su Apoderado que el o ella serán requeridos para que tomen decisiones sobre cualquier tratamiento para usted. Cuando su Apoderado firme el consentimiento suyo y los otros formularios para llevar a cabo sus alternativas, usted debería decirle a su Apoderado que le haga firmar el nombre de usted primero y el nombre de el o ella después de eso, para indicar que su Apoderado está firmando en nombre de usted usando el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud suyo. Por ejemplo, su Apoderado firmaría “John H. Doe, by Sally I. Smith, POA.”

Instrucciones para Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA

Usted está en el derecho de mantener la información de su salud en privado. El Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA, debería ser llenado si a usted le gustaría que alguna persona otra que no sea usted tuviera el acceso a su informes médicos e información. Este formulario le da a sus proveedores del cuidado de la salud una autorización escrita para que den información a las personas que usted designe.

Ya que el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud es solamente efectivo después de que usted ha perdido su capacidad de tomar o comunicar sus decisiones y no autoriza dar la información médica a la persona que designa mientras usted permanezca competente, es por lo tanto necesario llenar y firmar este Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA.

Usted puede llenar un Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA si usted tiene o no un Poder Legal Permenente para el Cuidado de la Salud. Este Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA en este folleto es para usarlo conjuntamente con el formulario del Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud.

En la **Sección 1**, inserte el nombre de su Apoderado nominado en el Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud.

En la Sección 2(a), indique el período de tiempo que dura la autorización, ya sea con las fechas específicas o señalando el cajón que permite la dar a conocer la información médica de los periodos pasado, presente y futuro.

In la **Sección 2(b)**, señale el cajón si usted quiere incluir todos sus informes médicos.

En la **Sección 3(a)**, señale el cajón para indicar si usted quiere su record completo de salud, el cual incluye records relacionados con la salud mental, enfermedades de contagiosas, HIV o SIDA, y el tratamiento de alcoholismo o abuso de drogas, para ser dado a conocer.

En la **Sección 3(b)**, señale el cajón, que indica que records usted quiere que se excluya, si usted quiere algunos excluidos. Por favor note que si usted no quiere autorizar que se conozca su record completo de salud, usted debe indicar con una señal, que records usted quiere que sea excluido.

En la **Sección 4**, ponga el nombre de la persona o personas y la relación que tiene con usted, a quién usted le da el permiso para recibir su información médica además del Apoderado designado en su Poder Legal Permanente para el cuidado de la salud. A menudo la gente quiere que otros miembros de la familia o amigos averiguen como le va además de su Apoderado. Se recomienda que usted designe Apoderados alternos de su Poder Legal Permanente para el cuidado de la salud.

En la **Sección 6**, llene la fecha si usted quiere esta autorización expire; de lo contrario la autorización permanecerá vigente hasta nueve (9) meses después de su muerte.

Por favor lea **las Secciones 5-7, 8 y 9** antes de firmar su nombre y poner la fecha en el formulario.

Después de que usted haya llenado el Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA, desprenda, haga copias y de esas copias a sus proveedores del cuidado de su salud.

Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA

Autorización para el Uso o Divulgacion de Información de la Salud Protegida
(Requerido por el Health Insurance Portability and Accountability Act - 45 CFR Partes 160 y 164)

1. Yo por la presente autorizo a todos los recursos de servicios médicos y a los proveedores del cuidado de la salud usar y/o divulgar información de mi salud protegida ("PHI") abajo descrito a mi Apoderado identificado en mi Poder Legal Permanente del Cuidado de la Salud cuyo nombre es _____.

2. Autorización para divulgar el PHI cubriendo el período del cuidado de Salud (señale uno)
- a. de (fecha) _____ - a (fecha) _____ O
 - b. todos los períodos: pasados, presentes y futuros.

3. Yo por medio de la presente autorizo divulgar el PHI como sigue (señale uno):

- a. mi record completo de Salud (incluyendo, records relacionados con el cuidado de la salud mental, enfermedades contagiosas, HIV o SIDA y tratamientos para alcohólicos/ abusadores de droga, o
- b. mi record completo de salud, *con la excepción de la siguiente información* (señale lo apropiado):

- Records de Salud Mental
- Enfermedades contagiosas (Incluyendo HIV o SIDA)
- Tratamiento de abuso de alcohol/droga
- Otras (Por favor especifique): _____.

4. Además de la Autorización para divulgar mi PHI descrito en los párrafos 3 a y 3 b de esta Autorización, Yo autorizo divulgar la información relacionada con mis cuentas, condición, tratamiento y prognosis a los siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

5. Esta información médica puede ser usada por las personas que yo autorizo para recibir esta información para tratamiento médico o consulta, cuentas, o pagos de reclamos, u otros propósitos que yo pueda ordenar.

6. Esta autorización estará en vigencia y efectiva hasta nueve (9) meses después de mi muerte o _____, (fecha o evento) en la que en tal tiempo expira esta Autorización.

7. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito y en cualquier momento. Yo entiendo que una revocación no tiene efecto al punto de que alguna persona o entidad que ya haya actuado confiando en mi autorización o si mi autorización fue obtenida a condición de obtener la cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal a refutar un reclamo.

8. Yo entiendo que mi tratamiento, pago, registración o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados en que yo firme esta autorización.

9. Yo entiendo que la información usada o divulgada por medio de esta autorización podría estar divulgada por el destinatario y talvez no puede mas ser protegida por la ley federal o estatal.

Firma del Paciente

Fecha: _____

This document and all of its forms have been translated into Spanish for your convenience, from its original version in English. Should there be any confusion, contradiction, ambiguity or misunderstanding of any phrase, sentence or word translated into Spanish, then, the English version shall prevail. Please consult or ask for a copy of the English version for verification if necessary. Este documento y todos sus formularios han sido traducidos al Español para su conveniencia, de su version original en Ingles. Si existe alguna confusion, contradiccion, ambiguidad o malentendimiento de alguna frase, oracion o palabra traducida al Español, entonces la version en Ingles prevalecera. Por favor consulte o pida una copia de la version en Ingles para verificacion si es necesario.

INFORMACION PARA ORDENAR

Los formularios con información de este folleto están disponibles en el sitio web de la Barra de Missouri en www.mobar.org y pueden ser llenadas por computadora. Copias Impresas adicionales de este folleto están disponibles sin cargo alguno en los edificios de las Cortes, Bibliotecas y los Centros de Extensión de la Universidad de Missouri. Los formularios pueden ser copiados para el uso de otras personas. El folleto y los formularios puede ser solicitados a la Barra de Abogados de Missouri sin costo alguno.

Las copias de este folleto pueden ser ordenadas por computadora al: www.mobar.org. Además las copias pueden ser solicitadas enviando un correo electrónico a: brochures@mobar.org o escribiendo a:

:

Health Care Form
The Missouri Bar
P. O. Box 119
Jefferson City, MO 65102-0119