



IDAHO
QUALITY OF LIFE
COALITION

Advocating for Quality of Life through Advance Planning,
Education and Excellence in Hospice and Palliative Care

Información gratis

INSTRUCCIONES AVANZADAS DE IDAHO

PREGUNTAS Y RESPUESTAS PARA ENTENDER MÁS CLARAMENTE
LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. Declaración de Última Voluntad
2. Poder Notarial Ilimitado para Cuidados de Salud
3. Orden Médica para Plan de Tratamientos (POST en inglés)

No oficial - Solamente por ejemplo

para más información:

www.IDQOL.org

(208)-841-1862

PREGUNTAS Y RESPUESTAS PARA ENTENDER MÁS CLARAMENTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. *Declaración de Última Voluntad*
2. *Poder Notarial Ilimitado para Cuidados de Salud*
3. *Orden Médica para Plan de Tratamientos (POST en inglés)*

1 - ¿En qué consisten estos tres documentos?

Estos documentos se llaman Instrucciones Avanzadas de Salud. En Idaho, hay tres maneras para expresar sus deseos acerca del cuidado y los tratamientos médicos que usted quiere recibir al final de su vida - cuando esté gravemente enferma o no pueda hablar por sí mismo. Estos documentos asegurarán que se respeten sus deseos en el futuro.

- a) *Declaración de Última Voluntad* - es un documento legal en el cual usted *decide* y *da a conocer* sus deseos sobre los *cuidados* o *tratamientos médicos* que quiere recibir al final de su vida o cuando no esté en condición para expresar sus deseos. Puede escoger a una persona que hable y tome decisiones en su lugar. .
- b) *Poder Notarial Ilimitado para Cuidados de Salud* – también es un documento legal en el cual *usted da* Poder Notarial Ilimitado para su Cuidado Médico a una persona que usted escoge. Esta persona tomará las decisiones médicas y hablará en su lugar . No es necesario que este documento sea notariado ni completado con la ayuda de un abogado, sólo su firma es necesaria.
- c) *Orden Médica para Plan de Tratamiento (POST en inglés)* – es otro documento importante que también le provee una manera para expresar sus deseos acerca de la resucitación cardio-pulmonar y otros tratamientos posibles que mantendrían la vida. Este documento le da más flexibilidad que la Orden de No Resucitar (DNR en inglés), lo que antes se usaba en Idaho. Su médico firma este documento y este se reconoce como una Orden Médica para su cuidado y tratamientos médicos. Cada personal médico está obligado a obedecer esta Orden Médica para el Plan de Tratamiento (POST), que usted lleva consigo. Este documento es válido para siempre a menos que usted desee alterarlo o cancelarlo. Su médico debe firmar el documento aprobando el cambio.

2 – ¿Por qué es importante que se completen estos documentos?

Estos documentos le aseguran a usted que se cumplan sus deseos. Le facilitan a usted y a su familia con las decisiones de su cuidado de salud. También, le ayudan para saber cómo usted desea que se le cuide y cuál de los tratamientos médicos quiere se le administren o no. Estos son momentos difíciles para su familia. Generalmente los familiares están de acuerdo y el “hombre” mayor, ya sea esposo, papá o hermano es él que asume la responsabilidad y toma las decisiones. Pero a veces algunos familiares están lejos o hace tiempo que no se han comunicado con usted. Puede que no estén de acuerdo en cómo se le debe cuidar o cuál de los tratamientos usted quiere que se le administren. Esto evita las posibles disputas entre la familia, en momentos cuando lo más importante es usted y su cuidado de salud.

Pasos que se deben seguir para completar estos documentos:

- a- CONVERSAR con su familia y amistades acerca de las opciones para su cuidado médico.
- b- DECIDIR cuáles son las opciones que reflejan mejor lo que es importante para usted, y lo que piensa y siente acerca de la vida y de la muerte.
- c- ESCOJER (seleccionar) a una sola persona que hable en su lugar cuando no esté en condiciones de hacerlo.
- d- COMPLETAR los documentos **Instrucciones Avanzadas**: Declaración de Última Voluntad, Poder Notarial Ilimitado para Cuidados de Salud, y Orden Médica para Plan de Tratamiento (POST en inglés).
- e- ARCHIVAR las copias originales en un lugar seguro y hacer cuatro (4) copias.
- f- REGISTRAR (si desea hacerlo, no es obligatorio) sus Instrucciones Avanzadas de Salud con la Oficina del Secretario de Estado de Idaho. (Vea #8)
- g- REVISAR sus documentos cada año y hacer los cambios que desee. Asegúrese que las personas que tendrán copias de sus documentos también reciban copias con los cambios.

3 - ¿A quién puedo escoger para darle mi Poder Notarial Ilimitado para Cuidado Médico?

La decisión de escoger a una persona como agente de su Poder Notarial Ilimitado para Cuidado Médico es muy importante. Hable y converse tranquila y abiertamente con esa persona acerca de sus deseos de cuidado médico y cuál de los tratamientos quiere o no quiere que se le apliquen.. Asegúrese que la persona que usted nombrará esté cómoda y tranquila con sus deseos y está dispuesta a seguirlos completamente. A veces es bueno conversar con su familia, un médico, un abogado, o una persona del clero o líder espiritual acerca de lo que usted está pensando y decidiendo.

Las siguientes personas **NO pueden** ser nombradas como su agente con Poder Notarial Ilimitado para Cuidado Médico:

- Su doctor u otra persona que le administra cuidado médico
- Una persona que **no es pariente suyo** y que también es un empleado del hospital, del doctor, u otra persona que le administra cuidado médico
- Un administrador de una Casa de Ancianos, Instalaciones de Vida Asistida o Centro de Cuidado de la Comunidad
- Una persona que **no es pariente suyo** y que también es un empleado de una Casa de Ancianos, Instalaciones de Vida Asistida o Centro de Cuidado de la Comunidad

4 – ¿Necesito un abogado para completar estas instrucciones?

NO, no es necesario. Sin embargo, sí es una buena idea que lo converse y lo discuta con su familia, con una amistad con la cual tiene mucha confianza, con su abogado, su médico, con alguien del clero o líder espiritual, con un trabajador social o alguien que está familiarizado con este documento.

5 – ¿Cuándo comienza la autoridad y responsabilidad de mi agente con Poder Notarial Ilimitado para Cuidados Médicos?

La autoridad y responsabilidad de su agente con su Poder Notarial Ilimitado para Cuidado Médico sólo comienza cuando es necesario que se tomen decisiones de salud y cuando usted no esté en condiciones o no pueda comunicar su voluntad, como sería el caso si estuviera inconsciente.

6 – Si la persona que yo he nombrado como mi Poder Notarial Ilimitado para Cuidado Médico no puede seguir actuando y decidiendo por mí, ¿puedo nombrar a otra persona?

Sí. Cuando usted completa los documentos, tiene la oportunidad de nombrar a cuatro (4) personas. La primera será su agente con su Poder Notarial para Cuidado Médico. Las otras tres actuarán de alternos (en orden en que usted las escribió - 1r, 2do, y 3ro), en caso que su agente no estuviera en condiciones de seguir actuando y decidiendo por usted.

Cuando complete sus documentos, tendrá la oportunidad de cancelar la designación de su agente si así lo desea. También puede cambiar o modificar cualquiera de sus decisiones en estos documentos.

7 – ¿Dónde puedo conseguir estos documentos?

Puede conseguir los formularios *La Declaración de Última Voluntad y El Poder Notarial Ilimitado para Cuidados de Salud* en inglés y en español en los siguientes lugares:

- el hospital (en ambos idiomas)
- la clínica (en ambos idiomas)
- el Apéndice del libro “The Right Choice at The Right Time” en las bibliotecas (por el momento, solo en inglés)
- la Oficina del Secretario de Estado de Idaho (puede solicitar un paquete con toda la información y documentos al llamar el número 1-208-332-2814)
- la página web: www.abetterwaycoalition.org. (en ambos idiomas)

8 – ¿Qué hago con los documentos después de haberlos completado?

Después de completar los documentos en español, necesitará llenar los mismos documentos en inglés, (porque el documento legal se requiere en inglés). La copia en español es para que usted lo tenga como referencia. Es importante que usted saque copias de cada uno, tanto en español como en inglés. Además de mantener una **copia para usted** de ambos documentos en su casa, las siguientes personas deberían recibir una copia del documento en inglés:

- su agente con su Poder Notarial Ilimitado para Cuidado de Salud
- miembros de su familia (copia del documento en español si es necesario)
- su médico
- su abogado

- El administrador de la Casa de Ancianos, la Instalación de Vida Asistida o el Centro de Cuidado de la Comunidad (si usted está viviendo en alguna de esas instituciones)

En Idaho, se pueden registrar estos documentos con la oficina del Secretario de Estado de Idaho. Es un lugar seguro y fácil de acceder. El proceso es gratis.

Mande su documento en inglés por correo a:

Idaho Secretary of State
Attn: Health Care Directive Registrar
304 N. 8th Street, Room 149
P.O.Box 83720
Boise, ID 83720-0080

Primero, usted recibirá una confirmación que ha registrado (inscrito) sus documentos. Dentro de 10 días, le llegará por correo un paquete con lo siguiente:

- Sus documentos de Instrucciones Anticipadas (*Declaración de Última Voluntad y Poder Notarial Ilimitado para Cuidado de Salud*)
- Una tarjeta de tamaño billetera con su propia clave (password) anotada. (Por medio del internet, puede acceder el documento usando esta clave)
- Información adicional acerca del uso y los beneficios de este registro

DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

Ejemplo no valido

Fecha de las instrucciones:

Nombre de la persona que completa las instrucciones:

Dirección de la persona que completa las instrucciones:

Declaración de Última Voluntad

Instrucciones para Proporcionar o Suspender Tratamiento

1. En plenitud de mis facultades, libre y voluntariamente hago saber mis deseos que no se prolongue mi vida artificialmente bajo las circunstancias establecidas a continuación. Estas instrucciones entrarán en efecto únicamente si no tengo la capacidad para comunicar mis deseos y:

a. Tengo una lesión, enfermedad, mal o condición incurable y un médico que me examino certificó que:

1. Dicha lesión, enfermedad, mal o condición es terminal; y

2. La aplicación de procedimientos para mantener la vida artificialmente sólo serviría para prolongar artificialmente mi vida; y

DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

3. Mi muerte es inminente, ya sea que se utilicen o no procedimientos para mantener la vida artificialmente

Q

b. Me han diagnosticado que estoy en un estado vegetativo permanente.

En dicho caso, pido que se siga la instrucción marcada a continuación en cuanto a mi deseo, y que se me administre cualquier tratamiento o cuidado médico necesario para mantenerme libre de dolor o sufrimiento.

Marque sólo una caja y escriba sus iniciales en la línea después de la caja

____ Pido que se me proporcione todo tratamiento médico, cuidado y procedimientos necesarios para recobrar mi salud y mantenerme viva. No se me debe suspender o retirar la alimentación e hidratación; sea artificial o no, si es probable que muriera principalmente por desnutrición o deshidratación en vez de a causa de mi lesión, enfermedad, mal o condición.

Q

____ Pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico, incluso los procedimientos para el sostén artificial de la vida excepto que NO se suspenda la alimentación e hidratación, sea artificial o no, si es probable que muriera principalmente por desnutrición o deshidratación en vez de a causa de mi lesión, enfermedad, mal o condición, como se explica abajo:

(Si ninguna de estas cajas son marcadas y con iniciales, entonces nutrición e hidratación, ya sea artificial o no, le serán proporcionadas)

Marque una caja y escriba sus iniciales en la línea después de la caja

____A. Se deberá administrar solamente hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no;

DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

___B. Se deberá administrar solamente alimentación de cualquier tipo, ya sea artificial o no;

___C. Se deberán administrar ambas, alimentación e hidratación de cualquier tipo, ya sea artificial o no.

Q

____ Pido que se suspenda o retire todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico, incluyendo la suspensión de la alimentación e hidratación artificial.

2. Si se diagnostica que estoy embarazada, estas instrucciones no tendrán efecto durante mi embarazo.

3. Entiendo la importancia absoluta de estas instrucciones y estoy mentalmente competente para completar estas instrucciones. Ninguna persona que participe en la preparación o lleve a la práctica estas instrucciones se considerara responsable por cumplir con mis instrucciones.

4. Marque una caja and escriba sus iniciales en la línea después de la caja.

____ He platicado con mi médico acerca de estas decisiones y también he completado el formulario Orden Médica para Plan de Tratamiento (OMPT) que contiene instrucciones que pueden ser más específicas pero compatibles con estas instrucciones. Así apruebo estas órdenes y las incorporo aquí para que rijan completamente.

Q

____ No he completado el formulario Orden Médica para Plan de Tratamiento (OMPT). Si más adelante mi médico firma este formulario OMPT, entonces esta Declaración de Última Voluntad puede ser modificada para ser compatible con los términos en el formulario OMPT.

Declaración de Última Voluntad para Cuidado Médico

1. DESIGNACIÓN DEL AGENTE A CARGO DE LOS CUIDADOS MÉDICOS

Ninguno de los siguientes puede ser designado como su agente:

(1) el proveedor de sus cuidados médicos;

(2) un empleado del proveedor de sus cuidados médicos que no es su familiar;

(3) un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad; o

(4) el empleado de un operador de un establecimiento de cuidados de la comunidad que no es familiar.

Si el agente o el agente alternativo designado en estas instrucciones es mi cónyuge y después se disuelve mi matrimonio, dicha designación deberá por lo tanto ser cancelada.

Por medio de la presente designo y nombro como mi agente al siguiente individuo para que tome por mí las decisiones sobre los cuidados médicos de acuerdo con lo autorizado en estas instrucciones.

(Escriba el nombre, dirección y número telefónico de sólo una persona, como su agente para que tome por usted las decisiones sobre sus cuidados médicos.)

Nombre del agente de Cuidados de Salud: _____

Dirección del agente de Cuidados de Salud: _____

Número Telefónico del agente de Cuidados de Salud: _____

Para efectos de estas instrucciones, cuando se habla de "decisiones sobre los cuidados médicos" significa dar consentimiento, rechazar o retirar el consentimiento de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento con el propósito de mantener, diagnosticar o tratar la condición física de un individuo.

2. PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO DE PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS.

En esta parte de las Instrucciones, preparo un documento de Poder Ilimitado para Cuidados Médicos. Este documento de Poder no se verá afectada por mi subsiguiente incapacidad. Este Documento de Poder entrará en efecto sólo cuando no tenga la capacidad para comunicarme razonablemente.

3. DECLARACIÓN GENERAL PARA CONCEDER AUTORIDAD.

Por medio de la presente otorgo a mi agente poder y autoridad total para que tome por mí decisiones sobre cuidados médicos, de la misma manera que yo tomaría dichas decisiones si tuviera la capacidad para hacerlo. Al ejercitar tal autoridad, mi agente tomará decisiones sobre los cuidados médicos conforme a mis deseos, según lo establecido en estas instrucciones o de otro modo conocidas por mi agente incluyendo, pero no limitado a mis deseos con respecto a recibir, rechazar o suspender cuidados, tratamiento, servicios o procedimientos que prolonguen la vida, incluyendo los deseos establecidos en la Declaración de Ultima Voluntad o en el documento Orden Médica para Plan de Tratamientos (OMPT) o documento similar ejecutado por mí, si lo hay.

(Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar decisiones sobre su cuidado médico, declare las limitaciones en el párrafo cuatro (4) "Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones", que aparece a continuación. Puede indicar, en el mismo párrafo, sus deseos incluyendo una declaración de sus deseos.)

4. DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES.

(Su agente debe tomar las decisiones sobre su cuidado médico en conformidad con los deseos que usted ha expresado. No es obligatorio, pero si desea, puede expresar sus deseos en el espacio proporcionado abajo. Considere incluir una declaración de sus deseos con respecto a mantener la vida artificialmente, que tratamientos, servicios y procedimientos desea o no. También puede incluir declaraciones acerca de otros asuntos relacionados con su cuidado médico, incluyendo una lista de una o más personas a las cuales usted haya designado para recibir información médica sobre usted y/o para visitarle en una institución médica. También puede darle a conocer sus deseos su agente, platicando de sus deseos o por otros medios. Si hubiera algunos tratamientos que no desea sean usados, debe incluirlos en el espacio a continuación. Si desea limitar de alguna manera la autoridad otorgada a su agente en este documento, debe indicar los límites en el espacio a continuación. Si no declara límites, su agente tendrá poderes muy amplios para tomar decisiones de su cuidado médico, excepto si hay límites proporcionados por la ley.)

Al ejercitar la autoridad que confiere este Poder Notarial Ilimitado para Cuidados Médicos, mi agente deberá actuar conforme a mis deseos según lo establecido a continuación y estará sometido a las disposiciones especiales y a las limitaciones establecidas en Orden Médica para Plan de Tratamiento (OMPT) Declaración de Última Voluntad o documento similar ejecutado por mí, si lo hay. A continuación está la declaración de deseos, disposiciones especiales y limitaciones adicionales:

(Puede agregar más páginas o documentos si necesita más espacio para completar sus declaraciones.)

5. INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL

DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

A. Otorgamiento General de Poder y Autoridad.

Mi agente, sometido a cualquier limitación en estas instrucciones, tiene poder y autoridad para llevar a cabo todo lo siguiente:

1. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, respecto a mí salud física o mental incluyendo, mas no limitado a expedientes médicos y del hospital;
2. Ejecutar en mi nombre cualquier comunicación u otros documentos que sean necesarios a fin de obtener esta información.
3. Dar consentimiento para revelar esta información.
4. Dar consentimiento para la donación de cualquiera de mis órganos con fines médicos.

(Si desea limitar la autoridad de su agente para recibir y revelar información relacionada con su cuidado médico, debe declarar las limitaciones en el párrafo cuatro (4) "Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones", en el espacio arriba.)

B. Autoridad para entregar información según Acta de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos. (HIPAA en Inglés).

Mi agente debe ser tratado como se me trataría a mí con respecto a mis derechos en cuanto al uso y revelación de información sobre mi salud u otros de mis expedientes médicos personales. Esta autoridad para revelar información se aplica a cualquier información regulada por el Acta de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (por sus siglas en Inglés HIPAA Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), 42 U.S.C. 1320d y 45 CFR 160 a 164.

Autorizo a cualquier médico, profesional de cuidados médicos, dentista, plan médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, otro proveedor de cuidados médicos en programa, cualquier compañía de seguros, Agencia de Información Médica, u otro

DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

centro coordinador de cuidados médicos que me haya proporcionado tratamiento o servicios, o que haya pagado o pedido que yo pagara por dichos servicios, a que proporcionen, revelen o entreguen a mi agente, sin restricción alguna, toda información sobre mi salud y expedientes médicos personales relacionados con cualquier estado de salud mental o física pasada, presente o futura, incluyendo toda información relacionada con el diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedades mentales o abuso de drogas y alcohol. La autoridad otorgada a mi agente reemplazará cualquier otro acuerdo que yo pudiera haber hecho con mis proveedores de cuidado médico, con objeto de impedir el acceso o la revelación de mi información médica personal. La autoridad otorgada a mi agente no tiene fecha de vencimiento y vencerá sólo si yo cancelo dicha autoridad por escrito y la entrego a mi proveedor de cuidados médicos.

6. FIRMA DE LOS DOCUMENTOS, RENUNCIAS Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN.

Si llega a ser necesario implementar las decisiones sobre los cuidados médicos que mi agente está autorizado a tomar de acuerdo a estas Directivas, mi agente tiene poder y autoridad en mi nombre, para ejecutar lo siguiente:

- a. Documentos titulados, o que alegan ser un "Rechazo para Aceptar Tratamiento" y/o "Salir del Hospital contra Indicaciones Médicas"; y
- b. Cualquier renuncia o liberación de responsabilidad requerida por el hospital o médico.

7. DESIGNACIÓN DE AGENTES ALTERNOS.

(No es requerido designar agentes alternos, pero puede hacerlo si desea. En caso que su agente no sea capaz o no pueda actuar como su agente, entonces puede nombrar un agente alternativo. Este podrá tomar decisiones de la misma manera que designo en el párrafo 1 arriba. Si asigna a su cónyuge como un agente alternativo y más adelante su matrimonio se disuelve, este no será elegible para actuar como su agente.)

DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

Si la persona asignada como mi agente en el párrafo uno (1), no está disponible o no es elegible para actuar como mi agente para tomar decisiones sobre mis cuidados médicos o si pierde la capacidad mental para tomar decisiones sobre mis cuidados médicos o si cancelo el nombramiento o autoridad de tal persona para actuar como mi agente, entonces asigno y nombro a las siguientes personas para que sirvan como mis agentes, a fin de que tomen decisiones sobre mis cuidados médicos, según lo autorizado por estas instrucciones. Dichas personas asumirán esta función en el orden que se menciona a continuación:

A. Primer Agente Alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

B. Segundo Agente Alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

C. Tercer Agente Alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

8. CANCELACIÓN DE LAS DESIGNACIONES PREVIAS.

Cancelo cualquier Declaración de Ultima Voluntad y Poder Notarial Ilimitado para Cuidados Médicos que se haya realizado previamente.

FECHA Y FIRMA DEL EJECUTOR

DECLARACIÓN DE ÚLTIMA VOLUNTAD Y PODER NOTARIAL ILIMITADO PARA CUIDADOS MÉDICOS

(Debe escribir la fecha y firmar Declaración de Última Voluntad y Poder Ilimitado para Cuidados Médicos)

Yo firmo mi nombre en este Documento Legal Declaración de Última Voluntad y Poder Ilimitado para Cuidados Médicos en la fecha establecida al principio de este Documento en:

Ejemplo no valido

(Firma)

(Ciudad, Estado)

Preguntas Frecuentes

Declaración de Última Voluntad de Idaho y Poder Notarial Ilimitado para el Cuidado de la Salud

¿Quién puede obtener una Declaración de Última Voluntad?

Cualquier persona mayor de 18 años, que está en su sano juicio y actúe de su propio libre albedrío, puede completar una declaración de última voluntad.

¿Cuál es la diferencia entre una Declaración de Última Voluntad y un testamento común?

Una Declaración de Última Voluntad sólo especifica deseos de salud. Un testamento común se ocupa de la disposición de los bienes a su muerte.

Una Declaración de Última Voluntad, ¿necesita tener testigos o firmarse ante notario para ser válida?

No. Como resultado de cambios en la ley de Idaho hecha por la legislatura en 2005, ya no es necesario que haya testigo de la ejecución de una declaración de última voluntad, ni que firme ante notario. Firmar su declaración de última voluntad ante notario es una buena idea y es ciertamente permisible, pero no es necesario.

¿Cuándo estará vigente una Declaración de Última Voluntad?

Su declaración de última voluntad estará vigente cuando dos médicos certifiquen que padece una enfermedad terminal e incurable o que usted esté permanentemente inconsciente o en estado vegetativo persistente.

¿Cuándo estará vigente un Poder Notarial Ilimitado de Salud?

Aunque una declaración de última voluntad y el poder notarial ilimitado de salud están disponibles en la misma forma, tienen distinta importancia jurídica. El poder notarial ilimitado de salud surte efecto cuando ya no sea capaz de comunicarse con su proveedor de atención médica.

¿Necesito un abogado para redactar una Declaración de Última Voluntad para mí?

No. La asistencia de un abogado en la redacción de cualquier documento legal es siempre una buena idea, pero no es necesaria. Una declaración de última voluntad es un documento de gran importancia y repercusiones

significativas. Platique sus deseos y lo que quiere incluir en su declaración de última voluntad con su familia, amigos de confianza, su médico, su clero y su abogado.

¿Qué pasa si ya tengo un Declaración de Última Voluntad antes de la nueva legislación?

Mientras la declaración de última voluntad estaba conforme con la ley vigente en el momento que fue ejecutado o si se ajusta sustancialmente a la nueva ley entonces es válida. Se recomienda que revise su declaración de última voluntad y confirme que cumple sustancialmente con los requisitos de la nueva ley.

¿Qué pasa si tengo un Declaración de Última Voluntad que fue creado en un estado distinto de Idaho?

Si la declaración de última voluntad fue creada en un estado distinto de Idaho y se ajusta sustancialmente a los estatutos de declaración de última voluntad de Idaho entonces se reconocerá como válida.

¿Si no tengo un Declaración de Última Voluntad y soy incapaz de comunicarme, puede un miembro de mi familia tomar decisiones sobre atención médica en mi nombre?

Sí. [Código de Idaho § 39-4504](#) proporciona una lista, en orden de autorización, que permite a un individuo negar o consentir cuidado, de una persona incapaz de comunicarse. La situación siempre se hace más compleja cuando no existe declaración de última voluntad u otras directivas escritas por el paciente.

¿Qué pasa si el ejecutor de mi Declaración de Última Voluntad está de alguna manera incapacitada e incapaz de comunicar mis deseos?

La ley establece que en su declaración de última voluntad puede nombrar suplentes si el ejecutor principal sea incapaz de comunicar sus deseos. Si, por alguna razón, ninguno de los ejecutores nombrados en su testamento en vida son capaces de comunicar sus deseos, entonces la autorización pasará al siguiente individuo disponibles que figuran en [Código de Idaho § 39-4504](#).

¿Si mi Declaración de Ultima Voluntad dice retener el tratamiento médico, entonces personal médico, como paramédicos, retendrá tratamiento basado solo en una declaración de última voluntad en vida?

No. Como se señaló en la respuesta a la primera pregunta, una declaración

de última voluntad no se activa por sí mismo. Toma efecto solamente cuando dos médicos han certificado que usted tiene una enfermedad terminal y que la muerte es inminente. Cuando las condiciones se cumplen, su médico emite una orden de no resucitar "(DNR). En Idaho, DNR órdenes son a menudo un formulario llamado un "Confort Uno" ("Confort One"). Los paramédicos cumplirán con los términos de un "Confort Uno" pero generalmente no seguirán las directivas en una declaración de última voluntad.

¿Qué opciones de apoyo de vida tengo dentro de mi Declaración de Última Voluntad?

Hay tres opciones diferentes que usted puede escoger en lo que respecta a las medidas de apoyo de vida:

Opción 1 - Su deseo es que los médicos hagan cuanto esté en su poder para mantenerlo con vida.

Opción 2 - Las únicas medidas para mantener la vida que usted desea recibir es un tubo de alimentación para la nutrición (comida) e hidratación (agua).

Opción 3 – Usted no desea recibir ningún tratamiento artificial incluyendo nutrición e hidratación.

No importa cuál de estas tres opciones elija, **usted siempre recibirá todos los medicamentos analgésicos y de confort** que sean necesarios.

¿Qué pasa si estoy embarazada cuando quedo incapacitada?

Medidas para mantenerla viva continuarán independientemente de cualquier directiva en sentido contrario hasta que termine el embarazo.

¿Y si cambio mi parecer en cuanto a mis opciones?

Si en cualquier momento mientras usted está de mente sana y actuando por su propia voluntad, usted puede hacer una declaración de última voluntad nueva. En todo momento puede revocar o cancelar una declaración de última voluntad existente sin crear una nueva.

¿A quién puedo nombrar como mi agente de atención médica?

La elección de un individuo para servir como su apoderado de **cuidado** médico es muy importante. **Usted debe conversar largamente acerca de sus deseos con el individuo que planea nombrar.** Asegúrese de que la persona que piensa nombrar está conforme con las directivas en su declaración de última voluntad y está dispuesto y es capaz de llevar a cabo sus deseos. También se recomienda que usted platique acerca de sus

opciones y deseos con su familia, médicos, abogado y clero. **Ninguna** de las siguientes personas puede ser designada como su agente:

1. su médico u otra persona proporcionándole atención médica;
2. un empleado de un hospital que no sea pariente, su médico u otro proveedor de atención médica;
3. un empleado de un hogar de ancianos, residencia con asistencia o centro de atención de la comunidad; o
4. un empleado de un hogar de ancianos, residencia con asistencia o establecimiento de atención comunitaria que no sea pariente suyo

¿Cuándo empiezan las responsabilidades de mi agente de atención médica?

El único momento cuando su agente de atención médica puede tomar decisiones es cuando usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones.

Registro de Directivas de Cuidado de Salud

Respuestas a preguntas frecuentes

¿Puedo yo tener una Declaración de Última Voluntad?

Cualquier persona mayor de 18 años, con sano juicio y que actúa de su propia y libre voluntad, puede completar una Declaración De Última Voluntad.

¿Cuál es la diferencia entre una Declaración de Última Voluntad y un testamento común?

Una Declaración de Última Voluntad sólo especifica deseos de salud. Un testamento común se ocupa de la disposición de sus bienes a su muerte.

¿Debe ser notariado el Declaración de Última Voluntad o delante de un testigo para ser válido?

No. Los cambios en la ley de Idaho hecha por la legislatura de 2005, ya no hacen necesario que sea delante de un testigo ni tener su firma notariada. Firmando el Declaración de Última Voluntad delante de un testigo o ante notario es una buena idea y es permitido, pero no es necesario.

¿Cuándo entrará a regir la Declaración De Última Voluntad?

Su el declaración de Última Voluntad entra en vigor cuando dos médicos certifican que padece una enfermedad terminal e incurable o está permanentemente inconsciente o en estado vegetativo persistente.

¿Cuándo entrará en vigor un Poder Notarial Ilimitado Para Cuidados De Salud?

Aunque un Declaración de Última Voluntad y el Poder Notarial Ilimitado para Cuidados De Salud están disponibles en el mismo formulario, tienen relevancia jurídica diferente. El Poder Notarial Ilimitado para Cuidados de Salud empieza a regir cuando ya no es capaz de comunicarse con su proveedor médico.

¿Necesito un abogado para redactar Declaración De Última Voluntad?

No. La asistencia de un abogado en la redacción de cualquier documento legal es siempre una buena idea, pero no es necesario. Una Declaración De Última Voluntad es un documento de gran importancia y con importantes ramificaciones. Platique sus deseos y lo que quiere incluir en su Declaración de Última Voluntad con su familia, amigos, su médico, el clero y su abogado.

¿Qué pasa si ya tenía una Declaración De Última Voluntad antes de la nueva legislación?

Es válida siempre y cuando la declaración de última voluntad estaba cumpliendo con la ley vigente en el momento que fue ejecutada o si se está sustancialmente de acuerdo a la nueva ley.

Se recomienda que revise su Declaración de Última Voluntad y confirme que cumple sustancialmente con los requisitos de la nueva ley.

¿Qué pasa si tengo una Declaración De Última Voluntad creada en un estado distinto de Idaho?

Si la Declaración de Última Voluntad firmada en un estado distinto de Idaho se ajusta sustancialmente a estatutos de Declaración de Última Voluntad de Idaho entonces se reconocerá como válida.

¿Si no tengo una Declaración De Última Voluntad y soy incapaz de comunicarme, puede un miembro de la familia tomar decisiones médicas en mi nombre?

Sí. Código de Idaho § 39-4504 proporciona una lista, en orden de autoridad, que permite a un segundo individuo negar o consentir el cuidado de una persona que se ha vuelto incapaz de comunicarse. La situación siempre se hace más compleja en la ausencia de una Declaración De Última Voluntad u otras directivas escritas por usted.

¿Qué pasa si el ejecutor de mi Declaración De Última Voluntad es de alguna manera incapacitado e incapaz de comunicar mis deseos?

La ley establece que en su Declaración de Última Voluntad puede nombrar a otras personas cuando el ejecutor principal sea incapaz de comunicar sus deseos. Si, por alguna razón, ninguno de los ejecutores nombrados en su Declaración de Última Voluntad son capaces de comunicar sus deseos entonces la autorización pasará a la siguiente persona disponible que figura en Código de Idaho § 39-4504.

Si mi testamento dice retener el tratamiento médico, ¿el personal médico, como paramédicos, retendrá tratamientos basado solo en una Declaración De Última Voluntad?

No. Como se señaló en la respuesta a la primera pregunta, una Declaración de Última Voluntad no se activa por sí sola. Toma efecto sólo cuando dos médicos han certificado que tiene una enfermedad terminal y que la muerte es inminente. Cuando las condiciones se cumplen, su médico emite una orden de no resucitar ("ONR"). En Idaho, ONR son a menudo un formulario llamado "Comodidad Uno". Los paramédicos cumplirán con los términos de Comodidad Uno pero generalmente no seguirán las directivas en una Declaración De Última Voluntad.

¿Qué opciones de sostener la vida tengo en mi declaración de última voluntad?

Hay tres opciones diferentes que usted puede hacer en lo que respecta a las medidas para mantener la vida:

Opción 1 - es su deseo que los médicos hagan todo lo posible para mantenerlo vivo.

Opción 2 – la única medida vital que desea es tener un tubo artificial para nutrición (alimentos) y la hidratación (agua).

Opción 3 - desea que no se le administre ninguno de los tratamientos artificiales para mantener la vida, incluyendo nutrición e hidratación.

Registro de Directivas de Cuidado de Salud - Respuestas a preguntas frecuentes

No importa cuál de estas tres opciones escoja, **siempre se le proporcionarán todos los analgésicos y medicamentos para mantenerlo cómodo que sean necesarios.**

¿Qué pasa si estoy embarazada cuando quedo incapacitado?

Medidas de sostenimiento de vida continuarán independiente de cualquier directiva hasta que finalice el embarazo.

¿Qué pasa si cambio de opinión sobre mis opciones?

En cualquier momento mientras usted está de mente sana y actúa por su propia voluntad, puede hacer una declaración de última voluntad nueva. En cualquier momento puede revocar o cancelar una declaración de última voluntad sin crear una nueva.

¿A quién puedo nombrar como mi agente de cuidado de salud?

La elección de un individuo para servir como su agente de cuidado de salud es muy importante. **Usted debe discutir sus deseos largamente con el individuo que desea nombrar.** Asegúrese de que la persona que va a nombrar esta de acuerdo con las directivas en su Declaración de Última Voluntad y está dispuesto y es capaz de llevar a cabo sus deseos. También es aconsejable discutir sus opciones y deseos con su familia, médicos, abogados y clero. **Ninguna** de las siguientes personas pueden nombrarse como su agente:

1. su médico u otro proveedor médico;
2. un empleado que no sea familia de un hospital, su médico u otro proveedor de atención médica;
3. un operador de un hogar de ancianos, asistencia para la vida o establecimiento de atención comunitaria; o
4. un empleado que no sea familia de un hogar de ancianos, asistencia para la vida o establecimiento de atención comunitaria.

¿Cuándo empiezan los responsabilidades y autoridad de mi agente de atención de salud?

Su agente solamente será capaz de tomar decisiones cuando usted sea incapaz de tomar sus propias decisiones.

Registro de Directiva de Salud- Ejemplo no valido

Deseo:

- Guardar una copia de mi Registro de Directiva de Salud
- Reemplazar mi Directiva de Cuidado de Salud por una nueva, ficha numero _____
- Eliminar mi Directiva de Salud del Registro
- Solicitar sustitución de la tarjeta de bolsillo (sin cargo a mi directiva ya en Registro)

La información personal a continuación se provee con el entendimiento que será archivado en el Registro de Directiva de Salud de Idaho. Certifico que Declaración de Ultima Voluntad y Poder Notarial Ilimitado para Cuidado de Salud que acompaña este contrato es mi actual Directiva de Cuidado de Salud y fue debidamente firmado, con testigos de acuerdo a las leyes del estado de Idaho.

Entiendo que el uso del Registro de Directiva de Salud es totalmente voluntario y nadie está obligado a registrar su Declaración de Ultima Voluntad y Poder Notarial Ilimitado con el Depto. de Estado. Si se registran o no estos documentos, no afecta su validez. El Registrarlos solo hace que estos documentos sean más accesibles en caso de emergencia.

Complete todas las secciones de este acuerdo que están en blanco e incluya sus Instrucciones Anticipadas de Salud con este contrato. Le recomendamos que sus Instrucciones se firmen ante notario o con testigos.

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Dirección	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
Ciudad	Estado	Código Postal

Dirección donde se mandará la tarjeta si es distinta a la de arriba.

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

Ejemplo no valido

_____ Firma del Registrante
_____ Imprima el Nombre
_____ Fecha

Firme y ponga la fecha en este contrato y llévelo en persona o mándelo por correo a la Oficina Del Secretario de Estado de Idaho.

**Idaho Secretary of State
State Capitol Building
700 W Jefferson, Rm E205
Boise, Idaho 83720-0080**

Frecuentes Preguntas de OMPT de Idaho por Pacientes

El siguiente documento pretende ser una guía general para responder a preguntas sobre OMPT. Este documento no debe considerarse como consejos legales.

1. ¿Qué es un "OMPT"?

OMPT es una Orden Médica para Plan de Tratamientos de Idaho. OMPT es una Instrucción Anticipada universal. Reemplaza a Confort Uno de Idaho y también las Órdenes de No Resucitar (ONR). (Fecha Efectiva 01/07/07). Aunque OMPT reemplaza Confort Uno de Idaho, si tiene Confort Uno, todavía es válido.

2. ¿Existe una joya de identificación asociada con OMP, como existía con Confort Uno/ONR?

ONR está representada por Joyas Médicas: pulsera, collar o pulsera para el tobillo. Joyas para OMPT siempre indican ONR y sólo están disponibles para aquellos que seleccionan Orden de No Resucitar (ONR) en su forma OMPT. La joya no es necesaria pero puede ayudar al personal de servicios médicos de emergencia conocer y honrar su opción de No Resucitar.

3. ¿Cuándo es apropiado completar un OMPT?

OMPT es apropiado para cualquiera persona que:

- Tiene una herida/daño incurable o irreversible
- Tiene una enfermedad crónica, progresiva o terminal
- Está en un estado terminal
- Desea definir sus preferencias para recibir atención médica

4. ¿Cómo consigo una forma OMPT?

Su proveedor de cuidado de la salud (médico, EP - Enfermera Practica o AM- Asistente Médica) le proporciona esa forma médica.

5. Entiendo que puedo registrar mis Instrucciones Anticipadas con el Secretario de Estado de Idaho. ¿Es obligatorio registrarlas?

El Registro de Directivas de Salud de Idaho es un repositorio que proporciona acceso seguro a Instrucciones Anticipadas (incluyendo formularios OMPT completados). Puede obtener una copia de sus Instrucciones Anticipadas registradas en caso que haya perdido la original. No es obligatoria la inscripción con el Secretario de Estado de la Declaración de Ultima Voluntad, el Poder Notarial Ilimitado para Cuidado de Salud o la forma OMPT. Registrar su Instrucciones Anticipadas le proporciona una copia de archivo del documento, que hará que la directiva le sea disponible para el futuro.

6. ¿Es una copia de mi forma OMPT válida o tengo que tener el original?

Una copia es tan válida como la original.

7. **¿Puede la persona que designé como mi agente en poder notarial ilimitado para cuidado de la salud (PNIPCS) anular las decisiones que escogí en mi forma OMPT?**

El Poder Notarial Ilimitado Para El Cuidado De La Salud no puede anular su forma OMPT a menos que pueda proporcionar evidencia que sus últimos deseos expresados son diferentes de los indicados en el OMPT.

8. **¿Puede la persona que he designado como mi agente en poder Notarial Ilimitado Para Cuidados De Salud (PNIPCS) ser sujeto a responsabilidad penal o civil por decisiones que toma al ejercitar sus responsabilidades en lo que respecta al poder notarial ilimitado para el cuidado de la salud?**

No, un agente **PNIPCS** actuando de buena fe no puede ser sostenido criminal o civilmente responsable por sus acciones como un agente **PNIPCS**.

9. **¿Puedo revocar una Declaración de Última Voluntad, Poder Notarial Ilimitado para Cuidado de Salud u OMPT una vez que lo firmo?**

(a) Una forma OMPT o cualquier otra directiva pueden ser revocada en cualquier momento por cualquiera de los siguientes métodos:

- Por ser intencionalmente cancelada, desfigurada, borrada o quemada, rasgada o destruida por usted, o por alguna persona en su presencia y bajo su dirección;
- Anulación escrita y firmada por usted expresando su intención de cancelarlas,
- Si usted oralmente expreso su intención de revocarla.
- Su OMPT también podrá ser suspendido por su expresión oral o escrita, firmada expresando su intención de suspender su OMPT.

(b) Tenga en cuenta que usted es responsable de hacerle conocer a su médico si usted revoca o suspende la Declaración de Ultima Voluntad o el Poder Notarial Ilimitado para Cuidado de Salud.

10. **¿Es opcional el cumplimiento de los deseos que indiqué en mi formulario OMPT o proveedores de atención médica deben honrar a mis deseos?**

OMPT debe ser honrado por todos los profesionales de salud excepto cuando:

- Creen de buena fe que el **OMPT** ha sido revocado o suspendido como se indicó anteriormente
-
- Para evitar una confrontación verbal o física
- Si es ordenado por el médico tratante
- Si ni la forma **OMPT** ni la joya de **OMPT** /ONR están presentes

11. **He optado por no ser resucitado (ONR) en mi forma **OMPT**. ¿Necesito una nueva ONR cuando entro a un hospital u otro establecimiento de atención médica?**

OMPT proporciona un documento único y uniforme que usted lleva de un establecimiento de cuidado médico a otro. OMPT puede viajar con usted. El OMPT es honrado en todas los lugares de atención de salud. No se necesita otra ONR.

12. ¿Estoy obligado a completar Instrucciones Anticipadas, Declaración de Última Voluntad, Poder Notarial Ilimitado para el Cuidado De Salud o a Orden Medica Para Plan De Tratamiento (OMPT) para recibir atención médica?

No, no está obligado a completar estos documentos como condición para recibir seguro medico, ni para recibir servicios de salud.

13. He completado un formulario OMPT e informé a todos los miembros de mi familia. ¿Qué puedo esperar de los médicos y personal de servicios médicos de emergencia si debería requerir atención médica de emergencia?

Si necesita atención médica de emergencia, usted puede esperar lo siguiente:

- (a) los médicos están obligados a hacer un esfuerzo razonable para descubrir, preguntando y buscando la forma OMPT u OMPT joyas.
- (b) los médicos no están obligados a buscar una forma OMPT o joyas si usted es una víctima de trauma severo, herido, homicidio o suicidio.

14. Si solamente elijo medidas de confort en la sección de las intervenciones médicas del formulario OMPT (sección B), ¿qué tipo de cuidado puedo esperar?

"Cuidado de confort" significa tratamiento y cuidado para proporcionar comodidad y limpieza. Usted debe esperar higiene oral y del cuerpo; alimentos y líquidos ofrecidos por vía oral; medicamentos, posicionamiento, calor, iluminación apropiada y otras medidas para aliviar el dolor y sufrimiento; y privacidad y respeto por su dignidad y humanidad.

15. En mi forma OMPT, indiqué que deseo intervenciones agresivas. ¿Esto significa que mi médico está obligado a proporcionar la atención que se considera inútil o médicamente inapropiada?

No. Nada en la ley de Idaho OMPT requiere asistencia médica con tratamiento considerado médicamente inapropiado o inútil.

16. Me acabo de mudar a Idaho y tengo Instrucciones Anticipadas de otro estado; ¿Debo completar un OMPT de Idaho?

No, siempre y cuando la directiva de otro estado es sustancialmente similar a una directiva de Idaho, es válido en Idaho.

17. ¿Es válida mi forma OMPT de Idaho en otros Estados?

Depende de las leyes del otro estado. Debe revisar las leyes en los Estados donde planea visitar.

18. He estado inscrita en el programa de Idaho Confort Uno/ONR desde antes del 01 de julio de 2007. ¿Debo completar ahora una forma **OMPT de Idaho también?**

No, su Confort Uno/DNR sigue siendo válido, siempre que fue firmado antes de 01 de julio de 2007. Después de 01 de julio de 2007, el formulario **OMPT** reemplaza Confort Uno/ONR como la orden de no resucitar de Idaho. Sin embargo, se recomienda que usted vea la posibilidad de convertir a un **OMPT** en la próxima cita de rutina con su proveedor de atención médica.

19. ¿Si elegí completar Instrucciones Anticipadas, afectará mi habilidad para obtener o mantener mi seguro de vida?

No, hacer una Declaración De Última Voluntad o un Poder Notarial Ilimitado Para El Cuidado De La Salud o formulario **OMPT** no afectará su capacidad para obtener o mantener un seguro de vida.

Orden Médica para Plan de Tratamiento (OMPT)

HIPAA PERMITE COMUNICARLE A PROFESIONALES DE SALUD Y A REGISTRO ELECTRONICO CUANDO SEA NECESARIO PARA TRATAMIENTOS. Para que sea válida, esta forma debe ser firmada por practicante autorizado en Sección E.
Sección SIN COMPLETAR- provea el tratamiento más completo en esa sección.
SEM (EMS): Si surgen preguntas, comuníquese con Control Médico en línea.

Ape lido _____
 Primer Nombre _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____
 Últimos 4 números de SS # _____
 Hombre Mujer

Sección
 A
 Marque
 1
OR
 2

Resucitación Cardiopulmonar: Paciente no respira y/o no tiene pulso
1. No Resucite: Permita una muerte natural (No use Código/ONR/NTR – No Trate de Resucitar): No RCP ni intervenciones cardiacas avanzadas que mantengan vida.
2. Resucite (Código Completo): Provea RCP (respiración artificial y compresiones cardiacas, desfibrilación, y medicamentos de emergencia indicados para la condición medica.)
Instrucciones adicionales para resucitación: _____

Sección
 B
 Marque
 Solo
UNA
 caja

Intervenciones médicas: Paciente tiene pulso y esta respirando.
Solo medidas de alivio: Use medicamentos por cualquiera via, postura, cuidado de herida y otros medios para aliviar dolor y sufrimiento. Use oxigeno, succión oral y tratamiento manual en obstruccion respiratoria. Use métodos razonables ofreciendo comida y líquidos por la boca. **Solo transfiera a nivel alto de cuidado si no se alivia en presente ubicación.**
Limitadas intervenciones adicionales: Además del cuidado descrito arriba, puede incluir monitoreo cardiaco y medicamentos orales o por IV (intravenoso). Transfiera a un nivel más alto de cuidado (p.ej. de casa al hospital) y provea tratamientos indicados en sección A. No admita a cuidado intensivo.
Intervenciones agresivas: Además del cuidado descrito arriba y en sección A, puede incluir otras (como por ejemplo diálisis, apoyo ventricular)

Section
 C

<p>Líquidos y Nutrición Artificial</p> <p>Si No use tubo de alimentación Si No líquidos por IV</p> <p>Otras instrucciones: _____</p>	<p>Antibióticos y productos sanguíneos:</p> <p>Si No Antibióticas Si No productos sanguíneos</p> <p>Otras instrucciones: _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Section
 D

Instrucciones Anticipadas: También existen los siguientes documentos:
 Declaración Última Voluntad Poder Notarial Ilimitado de Salud Otros

Section
 E

Pido que estos documentos se entreguen a Directiva de Registro de Salud

Firma Paciente/Sustituto : _____
Ejemplo no valido para firmar
 Escriba nombre paciente/sustituto Relación (sí mismo, cónyuge, etc.) Fecha

Firma Medico/APRN/PA: _____ Teléfono # ____ - ____ - ____
Ejemplo no valido para firmar
 Escriba nombre medico/APRN/AM Número licencia Fecha

Platicó con: Paciente Cónyuge DPAHC Otro

La base de estas órdenes es: Pedido del paciente Preferencias conocidas del paciente

COPIA U ORIGINAL DEBE ACOMPAÑAR LA PERSONA SI SERA TRANSFERIDA O DADA DE ALTA.
 RECOMIENDA PROVEEDOR SOMETA COPIA AL REGISTRO
 COPIA DE ORIGINAL LEGALMENTE VALIDO

Ejemplo no valido