

MEDICAL RECORD NUMBER:

NAME:

BIRTH DATE:

DELIVERY NETWORK:



Yale NewHaven Health Northeast Medical Group

Yale Medicine

Designación de un representante/apoderado para el cuidado de la salud Appointment of a Health Care Representative/Agent

Yo, _____, entiendo que al ser un adulto competente, tengo el derecho de tomar decisiones relacionadas con mi salud. Sin embargo, puede que en algún momento yo no esté en condiciones de tomar mis propias decisiones médicas debido a enfermedad o incapacidad. Bajo tales circunstancias, aquellos que me atienden necesitarán las instrucciones de alguien que conozca mis valores morales y mis deseos sobre el cuidado médico. Al firmar esta designación de un representante/apoderado para el cuidado de la salud, le otorgo a la persona que se nombra a continuación la autoridad legal para que tome las decisiones médicas en mi nombre, dado el caso o en ese momento.

Designo a – Nombre _____

Dirección _____

Número telefónico _____

Número de celular _____

para que sea el representante/apoderado que tome decisiones médicas por mí. Si el médico jefe encargado de mi cuidado determina que yo no puedo entender ni apreciar las características y consecuencias de las decisiones sobre el cuidado médico ni puedo tomar o comunicar una decisión informada relacionada con el tratamiento, **mi representante/apoderado para el cuidado médico está autorizado para: (1) aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para el diagnóstico o tratamiento de mi condición física o mental, excepto cuando la ley especifique lo contrario, (2) decidir si se proporcionan, niegan o retiran los sistemas de soporte vital y (3) recibir cualquier información médica sobre mí que sea necesaria para tomar tales decisiones, incluso información relacionada con mi salud mental o estado de VIH.**

Doy instrucciones a mi representante/apoderado para el cuidado de la salud para que tome decisiones en mi nombre, de acuerdo con los deseos mencionados en mi testamento vital, o según el representante/apoderado sepa. En caso de que mis deseos no sean claros o si surge una situación que yo no anticipé, mi representante/apoderado para el cuidado de la salud puede tomar la decisión que considere ser la mejor para mí, en función de mis deseos.

Si esta persona no está dispuesta o no puede ser mi representante/apoderado para el cuidado de la salud, designo a:

Nombre _____

Dirección _____

Número telefónico _____

Número de celular _____

para que sea mi representante/apoderado para el cuidado de la salud alternativo.

Esta solicitud se elaboró después de una reflexión cuidadosa, mientras gozo de un estado de lucidez mental y continuará siendo válida a menos o hasta que sea revocada de acuerdo con las leyes estatales.

Fecha _____

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Firma del paciente _____



DECLARACIONES DE LOS TESTIGOS

Este documento lo firmó en nuestra presencia _____, autor del mismo, quien parece tener dieciocho años de edad o más, estar en su cabal juicio y con la capacidad de entender las características y consecuencias de las decisiones médicas, al momento en el que se firma este documento. El autor no parece estar bajo ninguna influencia inapropiada. Firmamos este documento en presencia del autor y a petición del mismo y en presencia de cada uno de nosotros.

Primer Testigo

Fecha Nombre del testigo en letra de imprenta Firma del testigo

Dirección Ciudad Estado Código postal

Segundo Testigo

Fecha Nombre del testigo en letra de imprenta Firma del testigo

Dirección Ciudad Estado Código postal

INSTRUCTIONS FOR SCANNING INTO EPIC

1. *Scan into Media Manager*
2. *For document type, select "Healthcare Representative/POA"*