

## A Mi Agente de Atención de Salud, De \_\_\_\_\_

He completado un documento de Poder Legal para Atención de Salud y, en ese documento, le nombro a usted como mi Agente de Atención de Salud. Quiero que tenga la siguiente información sobre sus responsabilidades como mi agente de atención de salud:

1. Su rol como mi Agente de Atención de Salud es hacer decisiones de atención de salud por mí si ya yo no puedo hacer esas decisiones por mi cuenta. Mi médico determinará cuándo yo pierdo la capacidad de hacer decisiones de atención de salud.
2. Yo le proveeré una copia del documento de Poder Legal para Atención de Salud que le nombra como mi Agente de Atención de Salud. Si en ese documento he incluido alguna instrucción especial para usted o alguna limitación en las decisiones que usted puede tomar por mí, le diré sobre ellas. Usted debe seguir esas instrucciones y respetar esas limitaciones, aún si son diferentes de las opciones que usted escogería para usted.
3. Como mi Agente de Atención de Salud, usted tendrá autoridad para hacer muchas decisiones de atención de salud a mi nombre. Esta autoridad incluye la habilidad de:
  - tener acceso a mi información médica,
  - hacer decisiones sobre quién me provee atención médica,
  - internarme y retirarme de una institución de atención de salud (incluyendo una institución de salud mental), institución de vivienda o asilo clínico.
  - detener o retirar cualquier medida de prolongar la vida,
  - autorizar una autopsia,
  - dirigir la disposición de mi cuerpo después de morir, y
  - dar consentimiento para cualquier prueba, procedimiento o cirugía.

Si no quiero que usted tenga autoridad para cualquiera de estas responsabilidades, así lo he declarado en el documento de poder legal para atención de salud.

4. Dependo de usted para hacer decisiones de atención de salud a mi nombre si ya yo no puedo hacerlo. Le pido que haga decisiones de tratamiento por mí en base a mis objetivos y deseos sobre qué tipo de atención yo deba recibir. Es muy importante, por lo tanto, que saquemos tiempo para discutir mis deseos, objetivos y esperanzas sobre tratamiento médico para que usted sepa qué tipo de atención yo quiero.
5. Si necesito atención médica y no puedo hacer mis propias decisiones, favor de discutir mi condición médica y opciones de tratamiento con mis médicos y otros proveedores de atención de salud. Por favor pídale cualquier información médica que necesite, y pida que le expliquen cualquier cosa que usted no entienda. La información que ellos provean le ayudará a tomar decisiones informadas sobre qué tratamiento yo preferiría.
6. Si más adelante usted decide que no puede continuar sirviendo como mi agente de atención de salud, favor de avisarme. Eso me permitirá nombrar otra persona como mi agente de atención de salud. Igualmente, si yo decido en algún momento en el futuro nombrar a otra persona como mi agente de atención de salud, prometo que le avisaré. Cualquiera de las decisiones le relevará de más responsabilidad como mi agente de atención de salud.

Acepto ser nombrado como su agente de atención de salud. \_\_\_\_\_

Firma de Agente de Atención de Salud

\_\_\_\_\_  
Fecha