

Mis Elecciones, mi derecho a decidir

Primer paso, voluntades anticipadas

Encargado de tomar decisiones médicas (poder notarial médico)

(Por medio del presente, se nombra a la o las personas que tomarían decisiones médicas en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo).

Su nombre: _____ Su fecha de nacimiento: _____

Su dirección: _____ Estado, código postal: _____

Su número de teléfono: _____

Yo, (su nombre) _____, elijo a _____,
quien es mi (marque con un círculo): cónyuge, pareja, hijo, padre, familiar, amigo, otro

como mi encargado para tomar decisiones médicas/apoderado legal para asuntos médicos/representante de atención médica.

Su número de teléfono es _____ o _____.

La persona nombrada puede hablar con mis médicos/proveedores de atención acerca de mi estado médico y tomar decisiones médicas en mi nombre, en caso de que yo no pueda debido a una enfermedad grave o a mi incapacidad para hacerlo.

Asimismo, (opcional) _____ también puede tomar decisiones médicas por mí en caso de que yo no pueda hacerlo o de que la primera persona que elegí para tomar decisiones médicas no esté disponible.

El número de teléfono es: _____.

Firma: _____ Fecha: _____

(Opcional) Testigo: _____ Fecha: _____

(Opcional) Testigo: _____ Fecha: _____

Declaración general de las facultades de los encargados de tomar decisiones: El nombramiento otorgado mediante este Documento de voluntades anticipadas de atención médica deberá extenderse, entre otras, a decisiones relacionadas con el tratamiento médico, la atención en una residencia de ancianos, los medicamentos, la hospitalización, la atención médica en el hogar y los cuidados paliativos. Mi representante de atención médica está específicamente autorizado para actuar en mi nombre a la hora de aceptar o rechazar cualquier atención médica, incluido el tratamiento de soporte vital, si mi encargado de tomar decisiones médicas determina que yo, en pleno uso de mis facultades mentales, la aceptaría o rechazaría.

Puede encontrar más información sobre cómo elegir a un encargado de tomar decisiones médicas y acerca de las leyes de Nuevo México en el reverso de este documento **Mis Elecciones**.



245957

CHRISTUS ST. VINCENT Regional Medical Center
Santa Fe, New Mexico
**FORMULARIO "PRIMER PASO PARA ELEGIR A UN
ENCARGAD DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS"**
246002 (03/18)

¿Por qué es tan importante tener a un encargado de tomar decisiones médicas?

Tanto los accidentes como la aparición repentina de enfermedades graves suceden sin previo aviso. Su equipo de atención médica debe poder comunicarse con la persona que **conoce sus opiniones sobre tratamientos médicos en caso de que usted se enferme de gravedad**. Las infecciones, los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos y los ataques cardíacos pueden ocurrir repentinamente y perjudicar su raciocinio. Las conversaciones previas sobre sus elecciones de tratamiento médico ayudan a sus representantes a prepararse para hacer cumplir sus deseos.

¿Quién es el mejor encargado para tomar decisiones médicas? En caso de que sus médicos determinen que usted no tiene la capacidad para tomar decisiones médicas, la persona que usted elija como su representante de atención médica debería ser alguien que:

Preste mucha atención a sus inquietudes y expectativas en relación con las enfermedades graves o con el final de su vida. Exprese sus deseos claramente a otros miembros de su familia y a las personas que le brindan tratamiento, cuando sea necesario.

Esté dispuesto a representarlo, se mantenga sensato y respete sus deseos.

¿Qué sucede si no tengo un documento escrito?

Si queda imposibilitado para tomar decisiones sobre atención médica y no ha nombrado a nadie para que las tome por usted, las leyes de "familiar más cercano" de Nuevo México disponen de un orden que el personal médico debe seguir a la hora de elegir quién debe tomar las decisiones por usted. Este es el siguiente:

- Su cónyuge
- Una persona con quien tiene una relación íntima a largo plazo (pareja doméstica)
- Sus hijos adultos
- Sus padres
- Sus hermanos adultos
- Sus abuelos
- Un amigo adulto que lo conozca a usted y esté enterado de sus valores

¿Es lo mismo completar un formulario de elección de encargado de tomar decisiones médicas que completar un documento de voluntades anticipadas?

El formulario de elección de encargado de tomar decisiones médicas es una voluntad anticipada en sí misma, pero es el formulario más simple. **TAMBIÉN** le recomendamos que complete las Instrucciones de atención médica, cuando tenga más tiempo de hablar de sus elecciones con su proveedor y sus seres queridos.

¿Puedo completar un poder notarial médico/formulario de elección de encargado de tomar decisiones médicas en lugar de otra persona?

(Ejemplo: Su ser querido tiene demencia y usted desea ser la persona encargada de tomar las decisiones médicas por él/ella).

No, las leyes de Nuevo México indican quién puede tomar decisiones médicas por las personas que no cuentan con un documento de voluntades anticipadas. La idea es que elijamos a nuestro apoderado legal para la toma de decisiones médicas al inicio, mientras podamos considerar quién sería la mejor persona para que tome decisiones sobre tratamiento en nuestro nombre.

CHRISTUS St. Vincent Healthcare cuenta con una herramienta llamada "Mis Elecciones" que nombra al encargado de tomar decisiones médicas por usted y describe sus deseos sobre los tratamientos médicos. El documento incluye **respuestas a preguntas frecuentes** y los pasos que se deben seguir para:

1. Elegir al mejor encargado de tomar decisiones
2. Hablar sobre lo que más le importa a usted.
3. Llenar un documento
4. Presentar el documento en el sector de Expedientes Médicos.

Si le interesa, consulte al personal de enfermería o al personal de atención espiritual. Podemos garantizarle que sus documentos debidamente completados lleguen a nuestro departamento de expedientes médicos desde numerosas ubicaciones, incluidas la sección de registro, la unidad de enfermería y nuestras ubicaciones para pacientes ambulatorios.

He recibido el material educativo relacionado con la Planificación anticipada de atención médica. Fecha: _____

Su nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____