

**PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA**  
*HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY*

**NOTA: USTED DEBERÁ USAR ESTE DOCUMENTO PARA NOMBRAR A UNA PERSONA COMO SU AGENTE DE CUIDADOS DE LA SALUD SI USTED SE SIENTE CÓMODO DÁNDOLE A ESA PERSONA PODERES AMPLIOS Y RADICALES PARA QUE TOMÉ LAS DECISIONES DE CUIDADOS DE LA SALUD POR USTED. NO HAY OBLIGACIÓN LEGAL DE OTORGAR UN PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA.**

**EXPLICACIÓN:** Tiene derecho a nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomar o comunicar esas decisiones. Este formulario puede usarse para crear un poder notarial para la atención médica y reúne los requisitos legales de Carolina del Norte. Sin embargo, no es requisito usar este formulario y la ley de Carolina del Norte permite el uso de otros formularios que reúnen ciertos requisitos. Si usted prepara su propio poder notarial para atención médica, debe tener mucho cuidado en asegurarse de que su formulario sea concordante con la ley de Carolina del Norte.

Este documento le da a la persona que usted designe como su agente de cuidados de la salud **amplios poderes** para tomar decisiones sobre los cuidados de la salud por usted cuando usted no pueda tomar la decisión o no pueda comunicar su decisión a otra persona. Debe discutir sus deseos en lo que concierne a medidas para prolongar la vida, tratamiento para la salud mental y otras decisiones de cuidados de la salud con su agente de cuidados de la salud. Excepto hasta el punto que usted exprese limitaciones o restricciones específicas en este formulario, su agente de cuidados de la salud puede tomar cualquier decisión que usted mismo podría tomar.

Este formulario no le impone un deber a su agente de cuidados de la salud para ejercer los poderes otorgados, pero cuando ese poder se ejerce, su agente de cuidados de la salud estará obligado a usar el cuidado debido para actuar teniendo en cuenta su bienestar e intereses y de conformidad con este documento.

La intención de este formulario de poder notarial para atención médica es ser válido en cualquier jurisdicción en la cual se presente, pero lugares fuera de Carolina del Norte pudieran imponer requisitos que este formulario no reúne.

Si usted quiere usar este formulario, debe completarlo, firmarlo y hacer que dos testigos calificados presencien su firma y un notario público la autentique. Siga cuidadosamente las instrucciones sobre a cuáles selecciones les puede usted poner sus iniciales. **No firme este formulario hasta** que estén presentes dos testigos y un notario público para presenciar la firma. Después, debe darles una copia a su agente de cuidados de la salud y a cualquier suplente que usted nombre. Usted debería considerar archivarla en el *Advanced Health Care Directive Registry* que mantiene la Secretaría de Estado de Carolina del Norte: <http://www.nclifelinks.org/ahcdr/>.

**1. Designación de agente del cuidado de la salud.**

Yo, \_\_\_\_\_, en completo uso de mis facultades mentales, por medio de la presente nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) para que sirva(n) como mi(s) agente(s) de cuidados de la salud para que actúe por mí y en mi nombre (en cualquier forma que yo pudiera actuar en persona) para tomar decisiones de cuidados de la salud en mi nombre como lo he autorizado en este documento. Mi(s) agente(s) de cuidados de la salud servirá(n) sólo, en el orden nombrado.

A.	Nombre: _____ <i>Name</i>	Teléfono de casa: _____ <i>Home Telephone</i>
	Domicilio: _____ <i>Home Address</i>	Teléfono de trabajo: _____ <i>Work Telephone</i>
	_____	Teléfono celular: _____ <i>Cellular Telephone</i>

B. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
*Name Home Telephone*  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
*Home Address Work Telephone*  
\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
*Cellular Telephone*

C. Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
*Name Home Telephone*  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
*Home Address Work Telephone*  
\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
*Cellular Telephone*

A cualquier agente sucesor designado para los cuidados de la salud le serán concedidos el mismo poder y los mismos deberes, como si fuese el agente nombrado originalmente para los cuidados de la salud, y servirá en cualquier momento que su predecesor no esté razonablemente disponible o si está renuente o incapacitado para servir en esta capacidad.

## 2. Eficacia del nombramiento.

Mi designación de un agente para los cuidados de la salud caduca sólo cuando yo lo revoque. Ante la ausencia de una revocación, la autoridad otorgada en este documento será efectiva cuando y sólo si uno de los médicos enumerados abajo determina que carezco de capacidad para tomar o para comunicar decisiones referentes a los cuidados de la salud y continuará en efecto durante esa incapacidad o hasta mi muerte, excepto si autorizo a mi agente de los cuidados de la salud a ejercer mis derechos con respecto a la donación anatómica, autopsia o la disposición de mis restos. Esta autoridad continuará después de mi muerte al grado necesario para ejercer la misma.

1. \_\_\_\_\_ (*Médico*)
2. \_\_\_\_\_ (*Médico*)

Si no he designado a un médico, o si ninguno de los médicos arriba nombrados está razonablemente disponible, la determinación de que carezco de capacidad para tomar o para comunicar mis decisiones referentes a los cuidados de la salud será hecha por mi médico a cargo.

## 3. Revocación.

En cualquier momento mientras yo sea competente, puedo revocar este poder notarial al firmar un escrito o comunicando de una manera clara y coherente a mi agente de los cuidados de la salud o a mi proveedor de cuidados de la salud mi intención de revocar.

## 4. Declaración general de la autoridad otorgada.

Sujeta a cualquier restricción fijada en la sección 5 abajo, yo concedo a mi agente de los cuidados de la salud pleno poder y autoridad para tomar y llevar a cabo todas las decisiones sobre los cuidados de la salud. Estas decisiones incluyen, pero no se limitan a:

- A. Pedir, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, concerniente a mi salud física o mental, incluyendo, pero no limitada a, expedientes médicos y hospitalarios y autorizar la divulgación de esta información.
- B. Emplear o despedir a mis proveedores de cuidados de la salud.
- C. Consentir y autorizar mi admisión y alta de un hospital, hogar de ancianos o clínica de reposo, hospicio, instalación médica de cuidado a largo plazo o cualquier otra instalación médica.

- D. Consentir y autorizar mi admisión y retención en una instalación médica para el cuidado y tratamiento de una enfermedad mental.
- E. Consentir y autorizar la administración de medicamentos para tratamiento de salud mental y tratamiento electroconvulsivo (TEC) llamado comúnmente «tratamiento por electrochoque».
- F. Dar consentimiento, retirar el consentimiento, o retener el consentimiento para radiografía, anestesia, medicamento, cirugía y el resto de los procedimientos para tratar y diagnosticar ordenados por, o bajo la autorización de un médico, dentista, podiatra u otro proveedor de cuidados de la salud licenciado. Esta autorización incluye específicamente el poder de acceder a medidas para aliviar el dolor.
- G. Autorizar la retención o el retiro de medidas que prolongan la vida.
- H. Proveer mi información médica a petición de cualquier individuo actuando como mi procurador bajo un poder notarial duradero o como fideicomisario o sucesor del fideicomisario bajo cualquier convenio de fideicomiso del cual yo soy el otorgante o fideicomisario, o a solicitud de cualquier otro individuo que mi agente de cuidados de la salud crea debería tener dicha información. Yo deseo que dicha información se proporcione en cualquier momento que pudiera acelerar el pronto y debido manejo de mis asuntos o los asuntos de cualquier persona o entidad de la que yo sea en parte responsable. Además, autorizo a mi agente de cuidados de la salud a tomar cualquier y todos los pasos legales necesarios para asegurar el cumplimiento de mis instrucciones proporcionando acceso a mi información de salud protegida. Dichos pasos incluirán hacer uso de todo y cualquier procedimiento legal en y fuera de la Corte según pueda ser necesario para hacer cumplir mis derechos bajo la ley e incluirá intentar recuperar los honorarios del abogado en contra de cualquiera que no cumpla con este poder notarial para atención médica.
- I. Ejercer cualquier derecho que yo pueda tener a autorizar una autopsia o a ordenar la disposición de mis restos, salvo que yo no haya ya hecho arreglos válidos que puedan hacerse cumplir durante mi vida y que no hayan sido revocados.
- J. Tomar cualquier acción legal que pueda ser necesaria para hacer cumplir estas decisiones, incluyendo pero no limitada a: (i) firmar, ejecutar, entregar y reconocer cualquier acuerdo, divulgación, autorización u otro documento que pueda ser necesario, deseado, conveniente o apropiado para poder ejecutar y cumplir cualquiera de estos poderes; (ii) conceder liberaciones de responsabilidad a proveedores médicos y otros; e (iii) incurrir en gastos razonables en mi nombre relacionados con la ejecución de estos poderes, siempre y cuando este poder notarial para atención médica no le dé a mi agente de cuidados de la salud autorización general sobre mi propiedad o asuntos financieros.

**5. Provisiones especiales y limitaciones.**

(Aviso: la autoridad otorgada en este documento tiene como objetivo ser lo más amplia posible para que su agente de cuidados de la salud tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o terminar cualquier tipo de tratamiento o servicio de cuidados de la salud. Si usted desea limitar el alcance de los poderes de su agente de cuidados de la salud, lo puede hacer en esta sección. Si ninguna de las siguientes tiene sus iniciales, no habrá ninguna limitación especial en la autoridad de su agente).

	<p>A. <u>Limitaciones sobre nutrición o hidratación artificial:</u>  <i>Limitations about Artificial Nutrition or Hydration:</i>          Al ejercer la autoridad de tomar decisiones de cuidados de la salud en mi nombre, mi agente del cuidado de la salud:  <i>In exercising the authority to make health care decisions on my behalf, my health care agent:</i></p>
<p>_____  <i>(iniciales)</i></p>	<p>NO tendrá la autoridad a negar nutrición artificial (como a través de tubos) o podrá ejercer esa autoridad solamente de conformidad con las siguientes provisiones especiales:  <i>shall NOT have the authority to withhold artificial nutrition (such as through tubes) OR may exercise that authority only in accordance with the following special provisions:</i></p>

_____ (iniciales)	<p>NO tendrá la autoridad a negar hidratación artificial (como a través de tubos) o podrá ejercer esa autoridad solamente de conformidad con las siguientes provisiones especiales:  <i>shall NOT have the authority to withhold artificial hydration (such as through tubes) OR may exercise that authority only in accordance with the following special provisions:</i></p>
	<p><b>NOTA: Si usted pone sus iniciales en cualquiera de las casillas pero no añade ninguna provisión especial, su agente de cuidados de la salud NO TENDRÁ AUTORIDAD a negar nutrición o hidratación artificial.</b>  <i>NOTE: If you initial either block but do not insert any special provisions, your health care agent shall have NO AUTHORITY to withhold artificial nutrition or hydration.</i></p>

_____ (iniciales)	<p>B. <u>Limitaciones en cuanto a decisiones sobre los cuidados de la salud.</u> Al ejercer la autoridad de tomar decisiones en mi nombre en cuanto a los cuidados de la salud, la autoridad de mi agente de cuidados de la salud está sujeta a las siguientes provisiones: [Aquí usted puede incluir cualquier provisión específica que usted estime necesaria tales como: su propia definición de cuándo es que las medidas para prolongar la vida se deben detener o suspender, o instrucciones para rehusar cualquier tipo de tratamiento específico que no sea concordante con sus creencias religiosas o usted las considere inaceptables por cualquier otra razón.]</p> <p><i>Limitations Concerning Health Care Decisions. In exercising the authority to make health care decisions on my behalf, the authority of my health care agent is subject to the following special provisions: [Here you may include any specific provisions you deem appropriate such as: your own definition of when life-prolonging measures should be withheld or discontinued, or instructions to refuse any specific types of treatment that are inconsistent with your religious beliefs, or are unacceptable to you for any other reason.]</i></p>
	<b>Nota: No ponga sus iniciales a menos que incluya una limitación.</b>
_____ (iniciales)	<p>C. <u>Limitaciones en cuanto a decisiones sobre la salud mental.</u> Al ejercer la autoridad de tomar decisiones en mi nombre en cuanto a la salud mental, la autoridad de mi agente del cuidado de la salud está sujeta a las siguientes provisiones: [Aquí usted puede incluir cualquier provisión específica que usted estime necesaria tales como: limitar el otorgamiento de autoridad sólo para tomar decisiones sobre el tratamiento de la salud mental, sus propias instrucciones en cuanto a la administración o la retención de medicamentos psicotrópicos y tratamiento electroconvulsivo (TEC), instrucciones en cuanto a su admisión y retención en una instalación médica para el tratamiento de la salud mental o instrucciones para rehusar cualquier tipo de tratamiento específico que no sea aceptable para usted.</p>
	<b>Nota: No ponga sus iniciales a menos que incluya una limitación.</b>

_____ (iniciales)	D. <u>Instrucciones por anticipado para el tratamiento de la salud mental.</u> (Aviso: Este poder notarial del cuidado de la salud puede incorporar o ser combinado con una instrucción adelantada para el tratamiento de la salud mental ejecutada de acuerdo con la parte 2 del artículo 3 del Capítulo 122C de los Estatutos Generales, que usted puede usar para declarar sus instrucciones en cuanto al tratamiento de la salud mental en el caso de que a usted le falte la capacidad de tomar o comunicar decisiones en cuanto al tratamiento de la salud mental. Debido a que las decisiones de su agente del cuidado de la salud deben ser concordantes con cualquier declaración que usted haya expresado en una instrucción adelantada, debe indicar aquí si ha ejecutado una instrucción adelantada para el tratamiento de la salud mental.
	<b>Nota: No ponga sus iniciales a menos que incluya una limitación.</b>
_____ (iniciales)	E. <u>Autopsia y disposición de los restos.</u> Al ejercer la autoridad de tomar decisiones en mi nombre sobre una autopsia y la disposición de los restos, la autoridad de mi agente del cuidado de la salud está sujeta a las siguientes provisiones especiales y limitaciones. [Aquí usted puede incluir cualquier provisión específica que usted estime necesaria tales como: limitar el otorgamiento de autoridad y su alcance, o instrucciones acerca del entierro o la cremación.
	<b>Nota: No ponga sus iniciales a menos que incluya una limitación.</b>

## 6. Donación de un órgano.

En la medida que yo no haya ya hecho arreglos válidos que se puedan cumplir durante mi vida y los cuales no hayan sido revocados, mi agente del cuidado de salud puede ejercer cualquier derecho que yo pudiera tener para:

_____ (iniciales)	donar cualquier órgano o partes que puedan ser de utilidad; o
_____ (iniciales)	donar solamente los siguientes órganos o partes: _____
	<b>NOTA: NO PONGA SUS INICIALES EN AMBAS CASILLAS DE ARRIBA.</b>
_____ (iniciales)	donar mi cuerpo para estudio anatómico si fuera de utilidad.
_____ (iniciales)	Al ejercer la autoridad para hacer donaciones, mi agente del cuidado de la salud está sujeto a las siguientes provisiones especiales y limitaciones: [Aquí usted puede incluir cualquier limitación específica la cual usted considere apropiada tal como: limitar el otorgamiento de autoridad y su alcance o las instrucciones con respecto a obsequios del cuerpo o partes del cuerpo. _____ _____ _____
	<b>NOTA: NO escriba sus iniciales a menos que incluya una limitación.</b>

**NOTA: EN ESTE DOCUMENTO NO SE AUTORIZA LA DONACIÓN DE UN ÓRGANO SIN SUS INICIALES.**

## **7. Provisiones sobre tutorías**

Si fuera necesario para la corte asignar a un guardián de mi persona, yo nomino a las personas mencionadas en la sección 1, en el orden en el cual han sido nombradas, para ser guardián de mi persona, para servir sin bono ni garantía. El guardián actuará de manera coherente con G. S. 35A-1201(a) (5).

## **8. Confianza de terceros en el agente del cuidado de la salud.**

- A. Ninguna persona que confíe de buena fe en la autoridad de o en cualquier representación de mi agente del cuidado de la salud será responsable ante mí, mi patrimonio, mis herederos, sucesores, cesionarios o representantes personales, por acciones u omisiones por confianza en esa autoridad o en esas representaciones.
- B. Los poderes otorgados a mi agente del cuidado de la salud por medio de este documento pueden ser ejecutados solamente por mi agente del cuidado de la salud. La firma de mi agente del cuidado de la salud o la acción tomada bajo la autoridad dada en este documento puede ser aceptada por personas como totalmente autorizadas por mí y con la misma fuerza y efecto como si yo estuviese presente personalmente, competente, y actuando por mí mismo. Todas las acciones efectuadas en buena fe por mi agente del cuidado de la salud con relación a este poder notarial son efectuadas con mi consentimiento y tendrán la misma validez y efecto como si yo estuviera presente y ejerciendo los poderes por mí mismo, y redundan en beneficio mío, de mi patrimonio, mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales y me comprometo a mí, a mi patrimonio, mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales. La autoridad de mi agente del cuidado de la salud en conformidad con este poder notarial será superior a, y vinculante sobre mi familia, familiares, amigos y otros.

## **9. Provisiones misceláneas**

- A. Revocación de los poderes notariales previos. Yo revoco cualquier poder notarial médico anterior. La oración precedente no tiene como objetivo revocar cualquier poder notarial general, del cual algunas de las provisiones puedan relacionarse con el cuidado médico; sin embargo, este poder notarial tomará precedencia sobre cualquier provisión del cuidado médico contenida en cualquier poder notarial general válido que yo no haya revocado.
- B. Jurisdicción, divisibilidad y durabilidad. Este poder notarial médico tiene por objetivo ser válido en cualquier jurisdicción en la cual se presente. Los poderes delegados bajo este poder notarial son divisibles, de modo que la invalidez de uno o más poderes no afectará a los demás. Este poder notarial no será afectado o revocado por mi incapacidad o incompetencia mental.
- C. Agente del cuidado de la salud no responsable. Por medio de la presente, mi agente del cuidado de la salud, su patrimonio, herederos, sucesores y cesionarios son liberados para siempre por mí, mi patrimonio, mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales de toda responsabilidad y de toda reclamación o demanda de cualquier tipo que se haya originado de las acciones u omisiones de mi agente del cuidado de la salud, con excepción de negligencia grave o imprudencia temeraria.
- D. Ninguna responsabilidad civil o criminal. Ningún acto u omisión de mi agente del cuidado de la salud o cualquier otra persona, entidad, institución o instalación actuando en buena fe en confianza a la autoridad de mi agente del cuidado de la salud conforme a este poder notarial de atención médica será considerado suicidio, ni la causa de mi muerte para cualquier propósito civil o criminal, ni será considerada conducta poco profesional o como falta de competencia profesional. Cualquier persona, entidad, institución o instalación contra la cual la responsabilidad civil o criminal se afirme debido a la conducta autorizada por este poder notarial para atención médica puede usar este documento como defensa.
- E. Reembolso. Mi agente del cuidado de salud tendrá derecho al reembolso de todos los gastos razonables incurridos como resultado de haber seguido cualquier provisión en esta directiva.

Al firmar aquí, yo indico que estoy mentalmente alerta y competente, totalmente informado sobre el contenido de este documento y entiendo la completa importancia del otorgamiento de poderes a mi agente del cuidado de la salud.

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
*Day Month Year*

\_\_\_\_\_ (FIRMA)

I hereby state that the principal, \_\_\_\_\_, being of sound mind, signed (or directed another to sign on the principal's behalf) the foregoing Health Care Power of Attorney in my presence, and that I am not related to the principal by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the principal under any existing will or codicil of the principal or as an heir under the Intestate Succession Act, if the principal died on this date without a will. I also state that I am not the principal's attending physician or mental health treatment provider who is (1) an employee of the principal's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the principal is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the principal resides. I further state that I do not have any claim against the principal or the estate of the principal.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ COUNTY, \_\_\_\_\_ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by \_\_\_\_\_  
*(type/print name of signer)*

\_\_\_\_\_  
*(type/print name of witness)*

\_\_\_\_\_  
*(type/print name of witness)*

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature of Notary Public*

*(Official Seal)*

\_\_\_\_\_, Notary Public

*Printed or typed name*

My commission expires: \_\_\_\_\_