

## **Poder de Representación para Atención Médica (DPOAHC) Preguntas y respuestas**

### **¿Qué es un Poder de Representación para Atención Médica?**

El Poder de Representación para Atención Médica, que en inglés se abrevia DPOAHC, le permite nombrar a un representante para que tome decisiones sobre su atención médica. Estas incluyen decisiones sobre soporte vital si ya no puede hablar por sí mismo.

### **¿Cómo debo elegir a un representante para atención médica?**

Asegúrese de que la persona a quien designe como su representante de atención médica comprenda sus deseos, acepte honrarlos y se responsabilizará de tomar decisiones médicas por usted, incluso si otros cuestionan sus deseos.

La persona que nombre para que sea su representante para atención médica:

- Debe tener por lo menos 18 años de edad y tener todas sus facultades mentales.
- Puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones serias.
- No tiene que ser su cónyuge, pareja ni un miembro de su familia biológica.
- No es necesario vivir en Washington, pero debería estar disponible en caso de una emergencia médica.

La persona que nombre como su representante de atención médica no puede ser:

- Su médico ni un empleado de su médico.
- Un propietario, operador, administrador o empleado de un centro de atención médica en el que usted es paciente en el momento de firmar su DPOAHC.

### **¿Y si no elijo a un representante para atención médica?**

Si no elige a un representante para atención médica, la ley de Washington le asignará uno. Le elegirán a un representante de la siguiente lista, en el siguiente orden:

- Un tutor con autoridad para tomar decisiones médicas, si el tribunal le asignó uno.
- Su cónyuge o pareja de hecho registrada (aunque estén separados legalmente pero no divorciados).
- Sus hijos mayores de edad.
- Sus padres.
- Sus hermanos adultos.

Cuando se concede autoridad a más de una persona, como sus hijos, padres o hermanos, todos deben estar de acuerdo.

### **¿Y si tengo un cónyuge o pareja de hecho registrada del mismo sexo?**

Es posible que su pareja de hecho o su cónyuge no tenga el derecho de tomar sus decisiones de atención médica o incluso tener acceso a usted en una situación de emergencia médica fuera de Washington. Nombre a su pareja de hecho o cónyuge como su representante para atención médica en su formulario DPOAHC si viaja fuera de Washington y quiere que él/ella tome decisiones de atención médica por usted.

### **¿Y si el tribunal me designa un tutor?**

La ley de Washington no dispone que un representante para atención médica deba ser la primera opción del tribunal para un tutor. Tiene sentido pedir que uno de sus representantes para atención médica desempeñe la función de su tutor, ya que es la persona de su confianza. Un juez no está obligado a nombrar a la persona que usted solicite, pero probablemente tendrá muy en cuenta sus deseos.

### **¿Cómo puedo revocar o cancelar mi DPOAHC?**

Usted puede revocar su DPOAHC en cualquier momento tomando cualquiera de las siguientes medidas:

- Cancelar, tachar, obliterar, quemar, romper o por otro medio físicamente destruir o pedirle a otra persona que lo destruya en su presencia. Todas las copias se deben destruir.
- Preparar una revocación por escrito y con fecha.
- Expresar verbalmente su intención de revocarlo.

### **¿Dónde debo guardar mi DPOAHC?**

Conserve los documentos originales firmados en un lugar seguro pero accesible que su agente conozca. Las copias de su DPOAHC son tan válidas como el original. Entregue fotocopias del original firmado a su(s) representante(s) para atención médica, abogado, médico(s), familiares, amigos cercanos, clero y cualquier otra persona que podría tener algo que ver con su atención médica. Si se interna en una casa de convalecencia u hospital, pida que incluyan fotocopias de sus documentos en su expediente médico. Para asegurarse de que su DPOAHC esté accesible, quizás le convendría guardar copias en su cartera/bolso, automóvil o en una maleta.

### **¿Y si quiero hacer cambios?**

Si desea hacer cambios a sus documentos después de que hayan sido firmados debe completar un nuevo documento. Sin embargo, puede hacer cambios a las direcciones o números de teléfono. Debe poner sus iniciales y la fecha en cualquier cambio que haga.

### **¿Y si viajo a otros estados?**

Si viaja, quizás le convenga llevar copias de su DPOAHC, ya que otros estados podrían acatarla. A pesar de que pueden tener requisitos específicos sobre la certificación notarial o sobre los testigos, la mayoría de los estados no requieren que se use un formulario o formato específico.

### **¿Necesito testigos o certificación notarial para mi DPOAHC?**

A partir del 1 de enero de 2017, la DPOAHC debe ser presenciada por 2 testigos o firmada ante notario para ser legalmente vinculante.

Los testigos:

- Deben tener por lo menos 18 años de edad,
- No deben tener ningún parentesco con usted por sangre, matrimonio o adopción,
- No deben ser su representante para atención médica nombrado en este documento,
- Hasta donde ellos sepan, no pueden ser beneficiarios de su testamento, y no pueden tener derecho a un reclamo contra su patrimonio,
- No deben estar directamente involucrados en su atención médica,
- No pueden ser un empleado de su médico o el centro de atención médica donde usted resida.

La DPOAHC completada antes del 1 de enero de 2017, seguirá siendo legalmente válida siempre que su versión cumpliera con la ley del estado de Washington en el momento en que la completó. Además, algunos estados exigen que las DPOAHC tengan la certificación notarial. Fred Hutchinson Cancer Center ofrece el servicio de certificación notarial de los documentos de planificación anticipada de la atención médica como cortesía en el Centro de Recursos para Pacientes y Familiares que se encuentra en el 3<sup>er</sup> piso de la clínica.

**PODER DE REPRESENTACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA de:** \_\_\_\_\_  
*{Escriba su nombre aquí, en letra de imprenta}*

Este documento está previsto para informar y guiar a mi representante para atención médica, si no puedo hablar por mí mismo. Entiendo que antes de firmar esta directiva puedo añadir, borrar o cambiar la redacción de esta directiva. Puedo añadir o eliminar partes de esta directiva en cualquier momento y cualquier cambio debe cumplir con las leyes del Estado de Washington o las leyes federales constitucionales para que tengan validez legal. Por la presente, cancelo todos los poderes de atención médica firmados previamente por mí.

**1. Cuándo quiero que se aplique este documento**

Quiero que este documento se aplique si yo no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica debido a discapacidad o incapacidad. Entiendo que dicha incapacidad puede ser temporal. También entiendo que si yo no puedo tomar ciertas decisiones, aún podría ser capaz de tomar otras. Cuando yo pueda tomar mis propias decisiones de atención médica, quiero hacerlo.

**2. Mi representante para atención médica**

Yo nombro como mi representante a:

 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

Y como mi representante suplente a (opcional):

 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

 He completado previamente *{escriba sus iniciales en todo lo que corresponda}*:

 Directiva para atención médica (es decir, testamento vital, directiva anticipada) \_ Sí \_\_\_\_\_ No  
 Orden del médico sobre tratamiento para prolongar la vida (POLST) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**3. La autoridad que concedo a mi representante**

Le concedo a mi representante completa autoridad para tomar todas las decisiones sobre mi atención médica. Esto incluye, entre otras cosas:

- Dar consentimiento, negar consentimiento o retirar consentimiento para el tratamiento médico recomendado por mi médico, incluidos los tratamientos para prolongar la vida;
- Pedir tratamientos médicos específicos;
- Tener acceso a mis expedientes médicos e información;
- Emplear y despedir a proveedores de atención médica;
- Cambiar mis aseguradoras de atención médica;
- Preparar un formulario de orden del médico sobre tratamiento para prolongar mi vida (POLST) y;
- Trasladarme de un centro de atención médica a otro centro, a una casa particular u otro lugar.

Esta autoridad se aplica además a información regida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 con sus enmiendas posteriores.

**4. Si un tribunal me designa un tutor**

Si he nombrado a un representante para atención médica, quiero que mi representante sea mi tutor. Si él/ella no puede desempeñar esa función entonces quiero que mi representante alternativo sea mi tutor. Si el tribunal decide nombrar a otra persona, pido que el tribunal exija que el tutor consulte con mi representante (o alternativo) en relación a todas las decisiones de atención médica que requieren mi consentimiento si estuviera actuando por mí mismo.

**5. Cómo se puede revocar o anular esta directiva**

Esta directiva puede ser revocada por medio de una declaración escrita que indique ese efecto o por cualquier otra expresión de intención de revocar. Sin embargo, si expreso desacuerdo con una decisión en particular tomada en mi nombre, el desacuerdo por sí solo no es una revocación de este documento.

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

PLACE EPIC LABEL HERE

[ F ]

DOB

 Fred Hutchinson Cancer Center  
 is an independent organization  
 that serves as UW Medicine's  
 cancer program.

**UW Medicine**


## 6. Resumen y firma

Entiendo lo que significa este documento. Si alguna vez soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica, le pido a mi representante que las tome por mí. Yo preparo este documento por mi libre albedrío y creo que tengo la capacidad mental y emocional para hacerlo. Quiero que este documento tenga vigencia aunque yo me vuelva incompetente.

Firma *{firme solo en presencia de dos testigos, si habrá testigos O ante notario, en caso de notarización}*

Fecha

**Nota: Debe completar la sección 7 (Declaración de los testigos) o la sección 8 (Notarización) para que este documento sea jurídicamente vinculante.**

## 7. Declaración de los testigos *{escriba su nombre en letra de imprenta - no los nombres de sus testigos - en la línea de abajo}*

\_\_\_\_\_ es alguien a quien conozco personalmente y creo que es capaz de tomar decisiones de atención médica. Afirmo que soy mayor de 18 años de edad, que no tengo parentesco con él/ella por lazos de sangre, matrimonio o adopción y que no soy su representante para atención médica nombrado en este documento. A mi mejor saber y entender no soy un beneficiario en su testamento ni seré agregado al mismo y no tengo ningún reclamo en contra de su patrimonio. No estoy involucrado directamente en su atención médica y no soy un empleado de su médico ni del centro de atención médica en el que la persona que prepara este documento podría vivir.

### TESTIGO 1

\_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta  
 \_\_\_\_\_  
 Dirección

\_\_\_\_\_  
 Fecha  
 \_\_\_\_\_  
 Teléfono

### TESTIGO 2

\_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta  
 \_\_\_\_\_  
 Dirección

## 8. Notarización

State of Washington, County of \_\_\_\_\_

I certify that I know or have satisfactory evidence that \_\_\_\_\_ signed this document and acknowledged it to be his/her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in this document.

Dated this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOTARY PUBLIC in and for the State of Washington

Residing at \_\_\_\_\_

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

**Nota:** Fred Hutchinson Cancer Center ofrece el servicio de certificación notarial de las DPOAHC como cortesía en el Centro de Recursos para Pacientes y Familiares que se encuentra en el 3er piso de la clínica.

TEAM

NAME

[ M ]

PT NO

PLACE EPIC LABEL HERE

[ F ]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center  
 is an independent organization  
 that serves as UW Medicine's  
 cancer program.

UW Medicine

