

Hoja de instrucciones para completar el documento de Poder de Abogado para el Cuidado de Salud y Testamento de Vida de Michigan

(Por favor deseche la hoja de instrucciones después de completar este documento)

Visión General

El formulario de Poder de Abogado para el Cuidado de Salud adjunto es un documento legal, desarrollado para cumplir con los requisitos legales para *Michigan. Este documento le brinda a una persona una forma para crear un Poder de Abogado para el Cuidado de Salud que cumplirá los requisitos básicos.

Este formulario de Poder de Abogado para el Cuidado de Salud le permite a usted designar a otra persona y alternar las personas para que sigan su propias decisiones de usted acerca el cuidado de salud si usted no está disponible para tomarlas por sí mismo(a). La persona que usted nombra se llama su **Defensor de Paciente** en Michigan. Este documento le da la autoridad a su Defensor de Paciente para tomar sus decisiones solamente cuando usted ha sido determinado(a) incapacitado(a) por su médico para tomar sus propias decisiones de cuidado de salud. Este formulario no le da a su Defensor de Paciente ninguna autoridad para tomar sus decisiones financieras o de otros negocios. En adición, no le da a su Defensor de Paciente ninguna autoridad para tomar ciertas decisiones acerca de su tratamiento de salud mental.

***Para residentes de Michigan solamente: El nombre de Defensor de Paciente en Michigan es reconocido con el término Defensor del Paciente. La ley de Michigan requiere que todos los defensores del paciente firmen un formulario de Aceptación por parte del Defensor del Paciente encontrado al reverso de este documento.**

Antes de completar este formulario de Poder de Abogado para el Cuidado de Salud, tome tiempo para leerlo cuidadosamente. **También es muy importante que usted discuta su punto de vista, valores y este documento con su defensor de paciente.** Si usted no hace que su agente de salud participe de cerca y no hacen unos planes claros juntos, pueda que su punto de vista y valores no serán completamente respetados porque no serán entendidos.

Si usted desea documentar sus puntos de vista sobre su cuidado de salud en el futuro, pero no quiere o no puede usar este formulario de Poder de Abogado para el Cuidado de Salud, consulte a su organización de salud o abogado para obtener asesoramiento sobre las alternativas.

Cómo completar este documento

Este formulario de Poder de Abogado para el Cuidado de Salud está dividido entre cuatro partes.

- Parte I – Designando un Defensor del Paciente
- Parte II – Autoridad del Defensor del Paciente
- Parte III – Declaración de Deseos, Estipulaciones Especiales o Limitaciones
- Parte IV – Haciendo que el documento sea legal

Pasos a seguir:

En cada una de las cuatro partes del documento adjunto usted encontrará instrucciones. Lea y siga estas instrucciones cuidadosamente. Las cosas básicas que debe hacer son:

1. Brindar la información en la página 1.
2. Designar al menos un Defensor de Paciente o más en la página 2 y 3.
3. Indicar preferencias para las secciones 1, 2, y 3 en la página 4.
4. Indicar cualquier instrucción escrita que usted quiera en la Parte III.
5. Firmar y colocar la fecha en el documento en la página 9.
6. Testificar el documento. Ambos testigos deben estar presentes cuando usted firme este documento.
7. Residentes de Michigan completar el formulario de Aceptación por parte del Partidario del Paciente.

Si usted desea donar su cuerpo después de su muerte a la ciencia médica, usted debe contactar la escuela médica más cercana en su estado y hacer arreglos a través de la escuela médica. Aquí hay información de una opción en Wisconsin:

University of Wisconsin-Madison Medical School (608) 262-2888
(Universidad de Wisconsin-Escuela Médica de Madison)

Después de completar este documento

Después de completar este documento, haga copias para ser entregadas de la siguiente forma:

- Una copia para usted.
- Una copia para designados alternos en el documento.
- Una copia para compartir y discutir con su médico.
- Una copia para su archivo del hospital donde usted ira en caso de emergencia.
- Copias extras para compartir con otros si lo desea (seres queridos, su clérigo y su abogado).

Una fotocopia o fax es legalmente valida como un original.

Por favor envíe por correo copia de los documentos completos, firmados y por favor adjuntar copias firmadas del formulario de Aceptación por parte del Partidario del Paciente) a:

A Su Clínica de Bellin o Bellin Health Medical Records
744 South Webster Avenue
Green Bay, Wisconsin 54301

¿Necesita asistencia?

Si usted necesita asistencia para completar este documento, usted puede contactar al Departamento de Capellanes de Bellin Health al (920) 433-3482 o (920) 433-3770.

Poder de Abogado para el Cuidado de Salud

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Copias de este documento están siendo o se han dado a las siguientes organizaciones de salud y personas (hospital, médico) y copias también pueden ser entregadas a familia cercana, amigos y clérigo como se enlista a continuación:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

Aviso para la persona que hace este documento:

Usted tiene derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado de salud. Ningún cuidado de salud podrá ser dado para usted sobre su objeción y cuidado de salud necesario podrá no ser detenido o negado si usted lo rechaza.

Sus proveedores de cuidado de salud en algunos casos no han tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, frecuentemente ellos no están familiarizados con sus creencias y valores y los detalles de sus relaciones familiares. Esto presenta un problema si usted se vuelve físicamente o mentalmente incapacitado(a) para tomar decisiones acerca de su cuidado de salud.

Para evitar este problema, usted puede firmar este documento legal para especificar una persona quien usted quiere que tome las decisiones de cuidado de salud por usted si usted se vuelve incapacitado(a) para tomar estas decisiones personalmente. Esta persona se conoce como su Defensor de Paciente. Usted debe tomar algo de tiempo para discutir sus pensamientos y creencias sobre tratamiento médico con la persona o personas que usted especifique. Usted puede declarar en este documento cualquier tipo de cuidado de salud que usted desee o no y usted puede limitar la autoridad de su Defensor de Paciente. Si su Defensor de Paciente no está al tanto de sus deseos con respecto a una decisión de cuidado de salud particular, se requiere que el o ella determinen que será lo mejor para usted al tomar la decisión.

Este es un documento legal importante. Este documento le da a su agente poder amplio para tomar decisiones del cuidado de salud por usted. Este documento revoca cualquier Poder de Abogado para el Cuidado de Salud previo que usted haya hecho. Si usted desea cambiar su Poder de Abogado para el Cuidado de Salud, usted puede revocar este documento a cualquier momento al destruirlo, haciendo que otra persona lo destruya en su presencia, firmando una declaración escrita

y fechada o declarando que es revocado en la presencia de dos testigos.

Si usted lo revoca, usted debe notificar a su agente, a sus proveedores de cuidado de salud y cualquier otra persona a quien usted le haya dado una copia. Si su conyugue y su matrimonio es anulado o se divorcia después de firmar este documento, la designación de su ya no tendrá validez.

Usted también puede usar este documento para hacer o rehusar cualquier regalo anatómico al morir. Si usted usa este documento para hacer o rehusar cualquier regalo anatómico, este documento revocará cualquier archivo previo de regalo anatómico que usted haya hecho. Usted puede revocar o cambiar cualquier regalo anatómico que usted haga en este documento al cruzar una línea sobre o tachando la selección de regalos anatómicos en este documento.

No firme este documento a menos de que lo entienda claramente. Es sugerido que usted mantenga el original de este documento en los archivos con su médico.

Parte I – Designando una persona para que tome mis decisiones de cuidado de salud cuando yo no puedo tomar mis propias decisiones de cuidado de salud.

Si ya no tengo la habilidad de tomar mis propias decisiones de cuidado de salud, este documento nombra a la persona que yo elijo para tomar estas decisiones por mí. Esta persona será mi Defensor de Paciente. Esta persona tomará mis decisiones de cuidado de salud cuando se ha determinado que soy incapaz de tomar decisiones de cuidado de salud como se provee bajo la ley estatal.

Instrucciones para completar esta parte:

Cuando elija alguien para que sea su Defensor de Paciente, alija alguien que lo(a) conozca muy bien, que usted confía, alguien quien va a respetar sus puntos de vista y valores y quien puede tomar decisiones difíciles en circunstancias estresantes. Frecuentemente, miembros familiares son una buena opción, pero no siempre. Asegúrese de elegir alguien quien seguirá de cerca lo que usted quiere y de que será un buen partidario(a) para usted. Ya sea lo que usted haga, tome tiempo para discutir este documento y sus puntos de vista con la persona(s) que usted elija como Defensor de Paciente.

Su Defensor de Paciente debe tener al menos 18 años de edad o mayor y no debe ser uno de sus proveedores de cuidado de salud o un empleado de su proveedor de salud a menos de que sea un familiar cercano. Hay espacio disponible para designar un segundo y tercer Defensor de Paciente alternativo.

La persona que yo elijo como mi Defensor de Paciente es:

Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si este Defensor de Paciente no está disponible o no desea tomar estas opciones por mí, o si mi conyugue es designado(a) como mi Defensor de Paciente y nuestro matrimonio es anulado o estamos divorciados o legalmente separados, **mi próxima elección para Defensor de Paciente es:**

Segunda Elección (1^{er} Defensor de Paciente Alterno):

Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si este Defensor de Paciente alternativo no está disponible o no desea tomar estas opciones por mí, o si mi cónyuge es designado(a) como mi Defensor de Paciente y nuestro matrimonio es anulado o estamos divorciados o legalmente separados, **mi próxima elección para Defensor de Paciente es:**

Tercera Elección (2o Defensor de Paciente Alterno):

Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Parte II – Autoridad General del Defensor de Paciente

Quiero que Defensor de Paciente esté disponible para hacer lo siguiente (por favor cruce con una línea o tache cualquier cosa que usted no quiere que su Defensor de Paciente haga de las que están enlistadas a continuación):

- Para decidir por mí acerca de mi cuidado médico o servicios como pruebas, medicina, y cirugía.
- Si el tratamiento ya ha empezado, mi Defensor de Paciente puede continuarlo o pararlo dependiendo con base en mis instrucciones declaradas o mi mejor interés.
- Para interpretar cualquier instrucción que he dado en este formulario o dado en otras discusiones de acuerdo con el entendimiento de mi Defensor de Paciente de mis deseos y valores.
- Para repasar y entregar mis archivos médicos y archivos personales según se necesite para mi cuidado médico.
- Para hacer arreglos para mi cuidado médico y tratamiento en Wisconsin, Michigan, Minnesota o Iowa o cualquier otro estado, según mi Defensor de Paciente piense que es apropiado.
- Para determinar cuales profesionales de la salud y organizaciones brindarán mi tratamiento médico.
- Para tomar decisiones acerca de donaciones de tejidos u órganos o donaciones corporales (regalos anatómicos) después de mi muerte de acuerdo a mis deseos y valores conocidos.

Instrucciones para completar estas secciones:

Ponga sus iniciales en la línea (ejemplo: DJ) para indicar que usted ha seleccionado un “Si,” “No,” o “no aplicable” en las próximas tres secciones. Trace una línea a través de las declaraciones que usted no selecciona (ejemplo, ~~No, mi cuidado de salud...~~).

1. Autoridad para admitirme a una casa de cuidado de ancianos o a una instalación residencial comunitaria para el propósito de cuidado a largo plazo:

_____ **Sí,** mi Defensor de Paciente tiene la autoridad si es necesario, de admitirme a una casa de cuidado de ancianos o a una instalación residencial comunitaria para una estadía de largo plazo, sujeto a cualquier límite que he declarado en este documento.

_____ **No,** mi Defensor de Paciente no tiene la autoridad de admitirme a una casa de cuidado de ancianos o a una instalación residencial comunitaria para una estadía de largo plazo. Si he colocado mis iniciales en la sección “no” o he dejado esta sección en blanco, no puede ser admitido(a) a una instalación de cuidado al largo plazo sin una orden de la corte.

2. Autoridad para ordenar la suspensión o retiro del tubo alimentador e hidratación intravenosa:

_____ **Sí,** mi Defensor de Paciente tiene la autoridad para que se suspenda o retire el tubo alimentador o la hidratación intravenosa de mí, sujeto a cualquier límite que he declarado en este documento.

_____ **No,** mi Defensor de Paciente no tiene la autoridad para que se suspenda o retire el tubo alimentador o la hidratación intravenosa de mí. Si he colocado mis iniciales en la sección “no” o he dejado esta sección en blanco, el tubo alimentador o la hidratación intravenosa no pueden ser suspendidos o retirados de mí sin una orden de la corte.

3. Autoridad para tomar decisiones si estoy embarazada:

_____ **Sí,** mi Defensor de Paciente tiene la autoridad para tomar decisiones por mí si estoy embarazada, sujeto a cualquier límite que he declarado en este documento.

_____ **No,** mi Defensor de Paciente no tiene la autoridad para tomar decisiones por mí si estoy embarazada. Si he colocado mis iniciales en la sección “no” o he dejado esta sección en blanco, las decisiones de cuidado de salud no pueden ser hechas por mí durante mi embarazo sin una orden de la corte.

_____ **No aplicable,** debido a que soy un hombre o ya no tengo la capacidad de embarazarme.

Parte III – Declaración de Deseos, Estipulaciones Especiales o Limitaciones

Mi Defensor de Paciente tomará las decisiones consistentes con mis deseos y valores declarados y está sujeto a cualquiera de las instrucciones especiales o limitaciones que yo puedo enlistar aquí. Las siguientes son algunas instrucciones específicas para mi Defensor de Paciente y/o médico que me brindan mi cuidado médico. Si hay conflicto entre mis valores y propósitos ya conocidos, quiero que mi Defensor de Paciente tome la decisión que mejor represente mis valores y preferencias. Si yo requiero tratamiento en un estado que no reconoce este Poder de Abogado para Cuidado de Salud o mi Defensor de Paciente no puede ser contactado, quiero que las instrucciones siguientes sean seguidas basado en mi derecho común de ley y constitucional para dirigir mi propio cuidado de salud.

Instrucciones para completar esta parte:

Usted no es **requerido(a)** de brindar cualquier instrucción escrita o de hacer ninguna selección en la parte III. Si usted elige **no** proveer ninguna instrucción, su Defensor de Paciente tomará las decisiones basadas en sus instrucciones orales o lo que sea considerado su mejor interés. Si usted elige **no** proveer ninguna instrucción, es recomendado que usted trace una línea y escriba “no instrucciones” a través la página.

Parando intentos de Tratamientos de Prolongación de Vida:

[Coloque sus iniciales (ejemplo, DJ) en la línea siguiente a cada declaración si está de acuerdo o trace una línea a través de la declaración si no está de acuerdo.]

_____ Si llego a un punto donde es razonablemente certero que no recuperaré mi habilidad para interactuar significativamente conmigo mismo(a), mi familia, amigos, ambiente, yo quiero parar o suspender todos los tratamientos que pueden ser usados para prolongar mi existencia. Los tratamientos que no quiero si llego a este punto incluyen pero no están limitados a tubos alimentadores, hidratación intravenosa, respirador/ventilador, Resucitación Cardio Pulmonar y antibióticos.

Dolor y Control de Síntomas:

_____ Si llego a un punto donde los esfuerzos para prolongar mi vida son detenidos, yo quiero tratamientos médicos y cuidado de enfermería que me hagan sentir cómodo(a). Los siguientes puntos son importantes para mí para la comodidad:

(Si usted no escribe deseos específicos, su médico y enfermeras le brindaran el mejor estándar de cuidado posible.)

Resucitación Cardiopulmonar (CPR):

Mi elección de Resucitación Cardiopulmonar enlistada a continuación puede ser reconsiderada por mi Defensor de Paciente en acordanza de mis otras instrucciones y nueva información médica, si no tengo la habilidad de tomar mis propias decisiones. Si indico que no deseo que se intente Resucitación Cardiopulmonar, mi médico debe estar al tanto de esta dirección. Si indico a continuación que no deseo que se intente Resucitación Cardiopulmonar, esta elección en su misma, no detendrá a personal médico de emergencia de intentar Resucitación Cardiopulmonar en una emergencia. Otros documentos pueden ser necesarios para controlar las acciones del personal de emergencia.

(Coloque sus iniciales en una de las siguientes declaraciones y trace una línea a través de las declaraciones que usted no quiere.)

_____ Yo quiero que se intente Resucitación Cardiopulmonar a menos que mi médico determine cualquiera de las siguientes:

- Tengo una enfermedad incurable o lesión y estoy muriendo; o
- No tengo una opción razonable de sobrevivir si se me resucita; o
- Tengo una pequeña opción de sobrevivir a largo plazo si mi corazón para y el proceso de resucitación puede causar sufrimiento significativo.

_____ Quiero que se intente Resucitación Cardiopulmonar si mi corazón para.

_____ No quiero que se intente Resucitación Cardiopulmonar si mi corazón para, en vez de esto quiero que se permita una muerte natural.

Otras instrucciones o limitaciones que deseo que mi Defensor de Paciente siga:

Si es posible, cuando esté cerca de mi muerte y no pueda hablar, quiero que mis amigos y mi familia sepan que tengo los siguientes pensamientos y sentimientos:

Si estoy cerca de mi muerte, yo deseo lo siguiente: (Enliste el tipo de cuidado, ceremonias, etc.; que harán que su muerte sea más significativa para usted.)

Personas que deseo que mi Defensor de Paciente incluya en el proceso de decisión:

Pido que mi Defensor de Paciente haga los intentos razonables para incluir a las siguientes personas en mis decisiones de cuidado de salud si hay tiempo: _____

Religión:

Yo soy de la fé _____ y soy un miembro de _____ congregación, sinagoga o grupo de oración. Número de teléfono de la congregación, sinagoga o grupo de oración (si lo sabe): _____

_____ Por favor intente de notificarlos.

Después de Morir:

Después de morir mis instrucciones son las siguientes. Si mi Defensor de Paciente no tiene la autoridad para tomar estas decisiones, pido que mi familiar más cercano y mi médico sigan mi petición si es posible.

Autopsia:

(Coloque sus iniciales en la primera o segunda elección o en solo una y trace una línea a través de las declaraciones que usted no quiere.)

_____ Yo acepto una autopsia si esta puede ayudar a que mis familiares entiendan la causa de mi muerte o si esta les ayuda con sus futuras decisiones de cuidado de salud.

_____ Yo acepto una autopsia si esta ayuda al avance de la medicina o educación médica.

_____ No quiero que se desarrolle una autopsia en mí.

Donación de mis órganos o tejidos (ejemplos de órganos son los riñones, hígado, corazón, pulmones y ejemplos de tejido son los ojos, piel, huesos, válvulas cardíacas):

(Coloque sus iniciales y trace una línea a través de las declaraciones que usted no quiere.)

_____ *Yo autorizo donar cualquier órgano o tejido si soy candidato(a). Mi consentimiento implica Autorización como Primera Persona en cuanto a mi donación.

_____ Yo autorizo donar solo los siguientes órganos o partes si es posible (nombre el órgano específico o tejido): _____

_____ No quiero donar ningún órgano o tejido.

***Por favor registre su donación en su estado en: GiftofLifeMichigan.org**

Parte IV – Hacer este documento legal

Instrucciones para cumplir esta parte:

*Residentes de Michigan hay que tener este documento firmado en la presencia de dos testigos.

Estoy pensando claramente; Estoy de acuerdo(a) con todo escrito en este documento y yo he hecho este documento voluntariamente.

Mi firma (o mi firma firmado por la persona nombrado abajo)

Fecha

Si yo no puedo firmar mi propio nombre, puedo pedir alguien más que firme este documento para mí.

La firma de la persona que firmó este documento para mí.

Fecha

El nombre de la persona quien le pregunté que firmara este documento en letra de molde

***Declaración del Testigo**

Conozco a la persona identificado en el documento. Creo que él o ella esté en un sano juicio y tiene por lo menos 18 años de la edad. Presenció personalmente él o ella firmó este documento, y creo que lo firmó voluntariamente. Al firmar este documento como un testigo, certifico que:

- **Tengo por lo menos 18 años de la edad.**
- **No soy pariente a la persona que firma este documento** por sangre, matrimonio ni adopción.
- **No soy un Defensor de Paciente ni un defensor del paciente** nombrado(a) por la persona que firma este documento.
- No soy responsable directamente por las finanzas por el cuidado medical de esta persona.
- **No soy un proveedor del cuidado médico** que atiende a esta persona directamente al momento.
- **No soy un empleado, un voluntario, un trabajador social, ni un capellán de un proveedor del cuidado médico** que atiende a esta persona directamente al momento.
- No estoy consciente de que tengo derecho de tener un reclamo contra la herencia de esta persona.

Primer Testigo

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Dirección

Segundo Testigo

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Dirección

ESTADO DE MICHIGAN

FORMULARIO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE

- (1) Esta designación no debe hacerse efectiva a menos de que el paciente no esté disponible a participar en las decisiones concernientes a la salud médica o mental del paciente, según es aplicable. Si esta designación del partidario del paciente incluye la autoridad para hacer un regalo anatómico como se describe en la sección 5506, dicha autoridad permanece ejercitable después de la muerte del paciente.
- (2) Un partidario del paciente no puede ejercer poderes concernientes al cuidado, custodia y tratamiento médico o de salud mental que el paciente no puede ejercer por su mismo(a), si el paciente estaba disponible para participar en la decisión.
- (3) Esta designación no puede ser usada para tomar una decisión de tratamiento médico para aplazar o detener tratamiento de una paciente embarazada y que pueda resultar en la muerte de la paciente embarazada.
- (4) Un partidario del paciente puede tomar una decisión para aplazar o detener tratamiento el cual permitirá que el paciente muera solamente si el paciente ha expresado de manera clara y convincente que el partidario del paciente está autorizado para tomar dicha decisión y que el paciente tiene conocimiento de que dicha decisión podrá o permitirá la muerte del paciente.
- (5) Un partidario del paciente no recibirá compensación por el desarrollo de su autoridad, derechos y responsabilidades, pero un partidario del paciente puede ser reembolsado(a) por gastos actuales y necesarios incurridos en el desarrollo de su autoridad, derechos y responsabilidades.
- (6) Un partidario del paciente puede actuar conforme con los estándares de cuidado aplicable a las fiduciarias cuando dicha persona actúa por el paciente y debe actuar consistentemente con los mejores intereses del paciente. Los deseos conocidos del paciente expresados y evidenciados mientras el paciente está disponible para participar en las decisiones de tratamiento de salud médica y mental son presumidos ser en los mejores intereses del paciente.
- (7) Un paciente puede revocar su designación a cualquier momento o de cualquier manera suficiente para comunicar un intento de revocación.
- (8) Un paciente puede renunciar de su derecho a revocar una designación de partidario del paciente, como también el poder para tomar decisiones de tratamiento de salud mental y si dicha renuncia es hecha, la habilidad del paciente para revocar hasta cierto tratamiento será atrasada por 30 días después de que el paciente comunique su intento de revocar.
- (9) Un partidario del paciente puede revocar su aceptación a la designación a cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar el intento de revocar.
- (10) Un paciente admitido a una instalación o agencia de salud tiene los derechos enumerados en la sección 20201 del Código de Salud Pública, Acto N° 368 de los Actos Públicos de 1978, siendo la sección 333.20201 de las leyes compiladas de Michigan.

Yo, (**Nombre en letra de molde del Defensor del Paciente**): _____

Entiendo las condiciones anteriores y acepto la designación como Partidario del Paciente o Sucesor del Partidario del Paciente para la persona mencionada a continuación: (**la siguiente información debe coincidir el nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono con la información brindada en la parte de arriba de la página 1 del documento**).

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

quién firmó un Poder de Abogado para el cuidado de salud en: _____
(La fecha en que se firmó debe coincidir la fecha firmada en la página 9 del documento).

Firmado: _____ **Fecha:** _____
(Firma del defensor o el sucesor del paciente) (Fecha que firmo)

Por favor envíe por correo inmediatamente a:

A Su Clínica de Bellin

o

Bellin Health Medical Records

744 South Webster Avenue

Green Bay, Wisconsin 54301

ESTADO DE MICHIGAN

FORMULARIO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE

- (1) Esta designación no debe hacerse efectiva a menos de que el paciente no esté disponible a participar en las decisiones concernientes a la salud médica o mental del paciente, según es aplicable. Si esta designación del partidario del paciente incluye la autoridad para hacer un regalo anatómico como se describe en la sección 5506, dicha autoridad permanece ejercitable después de la muerte del paciente.
(2) Un partidario del paciente no puede ejercer poderes concernientes al cuidado, custodia y tratamiento médico o de salud mental que el paciente no puede ejercer por su mismo(a), si el paciente estaba disponible para participar en la decisión.
(3) Esta designación no puede ser usada para tomar una decisión de tratamiento médico para aplazar o detener tratamiento de una paciente embarazada y que pueda resultar en la muerte de la paciente embarazada.
(4) Un partidario del paciente puede tomar una decisión para aplazar o detener tratamiento el cual permitirá que el paciente muera solamente si el paciente ha expresado de manera clara y convincente que el partidario del paciente está autorizado para tomar dicha decisión y que el paciente tiene conocimiento de que dicha decisión podrá o permitirá la muerte del paciente.
(5) Un partidario del paciente no recibirá compensación por el desarrollo de su autoridad, derechos y responsabilidades, pero un partidario del paciente puede ser reembolsado(a) por gastos actuales y necesarios incurridos en el desarrollo de su autoridad, derechos y responsabilidades.
(6) Un partidario del paciente puede actuar conforme con los estándares de cuidado aplicable a las fiduciarias cuando dicha persona actúa por el paciente y debe actuar consistentemente con los mejores intereses del paciente. Los deseos conocidos del paciente expresados y evidenciados mientras el paciente está disponible para participar en las decisiones de tratamiento de salud médica y mental son presumidos ser en los mejores intereses del paciente.
(7) Un paciente puede revocar su designación a cualquier momento o de cualquier manera suficiente para comunicar un intento de revocación.
(8) Un paciente puede renunciar de su derecho a revocar una designación de partidario del paciente, como también el poder para tomar decisiones de tratamiento de salud mental y si dicha renuncia es hecha, la habilidad del paciente para revocar hasta cierto tratamiento será atrasada por 30 días después de que el paciente comunique su intento de revocar.
(9) Un partidario del paciente puede revocar su aceptación a la designación a cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar el intento de revocar.
(10) Un paciente admitido a una instalación o agencia de salud tiene los derechos enumerados en la sección 20201 del Código de Salud Pública, Acto N° 368 de los Actos Públicos de 1978, siendo la sección 333.20201 de las leyes compiladas de Michigan.

Yo, (Nombre en letra de molde del Defensor del Paciente): Entiendo las condiciones anteriores y acepto la designación como Partidario del Paciente o Sucesor del Partidario del Paciente para la persona mencionada a continuación: (la siguiente información debe coincidir el nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono con la información brindada en la parte de arriba de la página 1 del documento).

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

quién firmó un Poder de Abogado para el cuidado de salud en: (La fecha en que se firmó debe coincidir la fecha firmada en la página 9 del documento).

Firmado: Fecha: (Firma del defensor o el sucesor del paciente) (Fecha que firmo)

Por favor envíe por correo inmediatamente a: A Su Clínica de Bellin

o Bellin Health Medical Records 744 South Webster Avenue Green Bay, Wisconsin 54301

ESTADO DE MICHIGAN

FORMULARIO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE

- (1) Esta designación no debe hacerse efectiva a menos de que el paciente no esté disponible a participar en las decisiones concernientes a la salud médica o mental del paciente, según es aplicable. Si esta designación del partidario del paciente incluye la autoridad para hacer un regalo anatómico como se describe en la sección 5506, dicha autoridad permanece ejercitable después de la muerte del paciente.
- (2) Un partidario del paciente no puede ejercer poderes concernientes al cuidado, custodia y tratamiento médico o de salud mental que el paciente no puede ejercer por su mismo(a), si el paciente estaba disponible para participar en la decisión.
- (3) Esta designación no puede ser usada para tomar una decisión de tratamiento médico para aplazar o detener tratamiento de una paciente embarazada y que pueda resultar en la muerte de la paciente embarazada.
- (4) Un partidario del paciente puede tomar una decisión para aplazar o detener tratamiento el cual permitirá que el paciente muera solamente si el paciente ha expresado de manera clara y convincente que el partidario del paciente está autorizado para tomar dicha decisión y que el paciente tiene conocimiento de que dicha decisión podrá o permitirá la muerte del paciente.
- (5) Un partidario del paciente no recibirá compensación por el desarrollo de su autoridad, derechos y responsabilidades, pero un partidario del paciente puede ser reembolsado(a) por gastos actuales y necesarios incurridos en el desarrollo de su autoridad, derechos y responsabilidades.
- (6) Un partidario del paciente puede actuar conforme con los estándares de cuidado aplicable a las fiduciarias cuando dicha persona actúa por el paciente y debe actuar consistentemente con los mejores intereses del paciente. Los deseos conocidos del paciente expresados y evidenciados mientras el paciente está disponible para participar en las decisiones de tratamiento de salud médica y mental son presumidos ser en los mejores intereses del paciente.
- (7) Un paciente puede revocar su designación a cualquier momento o de cualquier manera suficiente para comunicar un intento de revocación.
- (8) Un paciente puede renunciar de su derecho a revocar una designación de partidario del paciente, como también el poder para tomar decisiones de tratamiento de salud mental y si dicha renuncia es hecha, la habilidad del paciente para revocar hasta cierto tratamiento será atrasada por 30 días después de que el paciente comunique su intento de revocar.
- (9) Un partidario del paciente puede revocar su aceptación a la designación a cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar el intento de revocar.
- (10) Un paciente admitido a una instalación o agencia de salud tiene los derechos enumerados en la sección 20201 del Código de Salud Pública, Acto N° 368 de los Actos Públicos de 1978, siendo la sección 333.20201 de las leyes compiladas de Michigan.

Yo, (**Nombre en letra de molde del Defensor del Paciente**): _____

Entiendo las condiciones anteriores y acepto la designación como Partidario del Paciente o Sucesor del Partidario del Paciente para la persona mencionada a continuación: (**la siguiente información debe coincidir el nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono con la información brindada en la parte de arriba de la página 1 del documento**).

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

quién firmó un Poder de Abogado para el cuidado de salud en: _____
(La fecha en que se firmó debe coincidir la fecha firmada en la página 9 del documento).

Firmado: _____ **Fecha:** _____
(Firma del defensor o el sucesor del paciente) (Fecha que firmo)

Por favor envíe por correo inmediatamente a:

A Su Clínica de Bellin

o

Bellin Health Medical Records

744 South Webster Avenue

Green Bay, Wisconsin 54301