

**FORMULARIO PARA ESTABLECER
A UN APODERADO PARA ASUNTOS DE SALUD**

1. Yo; entiendo que el médico a cargo de _____ y otro médico están de acuerdo en que _____ no tiene la capacidad o la habilidad de tomar decisiones relacionadas con su cuidado de salud o la capacidad de proveer su consentimiento para participar en este estudio investigativo.

2. Hasta donde yo sé, _____ no ha realizado ningún documento de instrucción anticipadas en relación a directivas avanzadas, o a la designación de un apoderado de salud (o el apoderado de salud asignado es reacio o está incapacitado para actuar).

3. Yo no estoy empleado por y no estoy asociado con este centro de cuidado médico o de salud.

4. Yo soy:
 - a. El guardián legal nombrado por las autoridades judiciales para tomar decisiones acerca de la salud de esta persona bajo mi tutela.
 - b. El esposo/la esposa del paciente.
 - c. Un hijo adulto del paciente. (Si el paciente tiene más de un hijo adulto, las personas que firmen debajo deben constituir una mayoría de los hijos adultos que estén disponibles razonablemente para consultas.)
 - d. El padre o la madre del paciente.
 - e. Un hermano/a adulto/a del paciente. (Si el paciente tiene más de un hermano/a, las personas que firmen debajo deben constituir una mayoría de los hermanos adultos que estén disponibles razonablemente para consultas.)
 - f. Un familiar adulto del paciente que ha demostrado un cuidado especial y preocupación por el paciente y que ha mantenido contacto regular con el paciente y que está familiarizado con las actividades del paciente, su salud, y sus creencias religiosas y morales.

Hasta donde yo sé, no hay nadie en una categoría por encima de mí.

5. Yo tengo entendido que como apoderado de salud yo debo:
 - a. Tener autoridad definitiva para actuar por el paciente y tomar decisiones por el paciente, a menos que sea designado de otra manera en asuntos que tengan que ver con el cuidado de la salud del paciente en el transcurso de su incapacidad.

- b. Consultar prontamente con los proveedores cuidados de salud apropiados para proveer consentimiento y tomar decisiones por el paciente acerca del cuidado de la salud del paciente que a mi entender el paciente hubiera tomado si bajo circunstancias en las cuales el paciente hubiera sido capaz de tomar ciertas decisiones.
- c. Solicitar beneficios públicos, como Medicare y Medicaid, para el paciente y tener acceso a información acerca de los ingresos del paciente y sus propiedades hasta el punto requerido para poder solicitar. Un proveedor de cuidados de salud no puede, sin embargo, hacer de esa aplicación una condición para el cuidado continuado el paciente, si el paciente hubiese rehusado a solicitar dicha ayuda.

Yo puedo autorizar el proveer información y datos de la historia clínica a las personas apropiadas para asegurar la continuidad del cuidado de la salud del paciente y la transferencia y admisión del paciente a y desde un centro de salud.

6. Yo entiendo que no puedo proveer consentimiento para:

- a. Abortos
- b. Esterilización
- c. Tratamientos/ terapias de electrochoque (Electroshock)
- d. Cirugía cerebral
- e. Tratamientos o terapias experimentales, excepto los recomendados por paneles institucionales federales aprobados de acuerdo al código legal 45 C.F. R., sección 6.
- f. Admisión voluntaria a un centro de salud mental.

7. Yo entiendo que cualquier decisión del cuidado de la salud que yo tome debe estar basada en mi propio consentimiento informado y en la decisión que yo crea es razonable y que el paciente hubiera tomado en dichas circunstancias. Cualquier decisión para mantener o retirar procedimientos de prolongación de la vida debe basarse en una evidencia clara y convincente de que esta decisión hubiese sido la que el paciente hubiese tomado si fuera competente para hacerlo.

Yo he leído y entendido lo expuesto anteriormente y estoy de acuerdo en ser designado como el apoderado de salud de _____.

Firma

Testigo

Hombre escrito en letra de molde

Testigo

Fecha