

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA SELECCIÓN DE AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA BAJO UNA DIRECTIVA AVANZADA

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente de atención médica es la persona que usted designa, a través de un documento escrito llamado directiva anticipada, para tomar decisiones sobre su atención médica si no puede tomar esas decisiones usted mismo. Su agente puede ser un familiar o un amigo cercano en quien confíe para tomar decisiones serias. La persona que usted designe como su agente de atención médica debe comprender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones médicas por usted. (A un agente de atención médica también se le puede llamar “representante con poder notarial **de salud**” o “apoderado”).

Puede designar a una segunda persona como su agente suplente de atención médica. El suplente intervendrá si la primera persona que usted nombra como su agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

Quién no puede ser su agente:

- Un propietario, operador o empleado de su centro de atención médica tratante
- El cónyuge, padre, hijo o hermano de cualquiera de las personas afiliadas a los centros de atención médica mencionados anteriormente
- La excepción a las dos prohibiciones anteriores es si dicha persona es su tutor, cónyuge, pareja de hecho, hijo adulto, padre, hermano u otro pariente o amigo cercano.

Ha completado su selección de agente de atención médica / directiva anticipada, ¿y ahora qué sigue?

1. Entregue fotocopias del original firmado a su agente y agente suplente, médico(s), familia, amigos cercanos, clérigos y cualquier otra persona que pueda involucrarse en su atención médica. Si ingresa a un hogar de cuidado de ancianos o enfermos o a un hospital, coloque fotocopias de su documento en sus registros médicos.
2. Asegúrese de hablar con su agente y suplente, médico(s), clérigos y familiares y amigos sobre sus deseos con respecto al tratamiento médico. Discuta sus deseos con ellos a menudo, especialmente si su afección médica cambia.
3. Si desea escribir sus preferencias de tratamiento y dar a conocer sus deseos sobre futuros problemas de tratamiento de soporte vital, complete un formulario MOLST (Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital), testamento en vida o documento de 5 Deseos.

Si desea hacer cambios en su selección de agente de atención médica/directiva anticipada después de que se haya firmado y atestiguado, debe hacer un documento nuevo.

Formulario derivado de la “Directiva anticipada de Maryland del fiscal general de MD: Planificación para futuras decisiones de atención médica”

**DIRECTIVA AVANZADA DE MARYLAND
SELECCIÓN DE AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

A. Selección del agente primario

Elijo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

Nombre: _____

Relación con el declarante: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(encierre en un círculo: casa / celular)

B. Selección de agentes suplentes

(Opcional; formulario válido si se deja en blanco)

1. Si mi agente principal no puede ser contactado a tiempo o por alguna razón no está disponible o no puede o no quiere actuar como mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona para que actúe en esta capacidad:

Nombre: _____

Relación con el declarante: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(encierre en un círculo: casa / celular)

2. Si mi agente principal no puede ser contactado a tiempo o por alguna razón no está disponible o no puede o no quiere actuar como mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona para que actúe en esta capacidad:

Nombre: _____

Relación con el declarante: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(encierre en un círculo: casa / celular)

Gilchrist
11311 McCormick Road, Suite 350
Hunt Valley, MD 21031

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

C. Poderes y derechos del agente de atención médica

Quiero que mi agente tenga todo el poder para tomar decisiones de atención médica por mí, incluido el poder de:

1. Dar consentimiento o no a los procedimientos y tratamientos médicos que ofrecen mis proveedores, incluidas las cosas que tienen la intención de mantenerme con vida, como respirador artificial y sondas de alimentación;
2. Decidir quiénes deben ser mi médico y otros proveedores de atención médica; y
3. Decidir dónde debo recibir tratamiento, incluso si debo estar en un hospital, un centro de cuidado de ancianos o enfermos, otro centro de atención médica o un programa de hospicio.
4. También quiero que mi agente:
 - a. Viaje conmigo en una ambulancia si alguna vez necesito que me lleven de urgencia al hospital; y
 - b. Poder visitarme si estoy en un hospital o en cualquier otro centro de atención médica.

Este poder está sujeto a las siguientes condiciones o limitaciones:

(Opcional; formulario válido si se deja en blanco)

D. Acceso a mi Información de salud - Autorización de la Ley Federal de Privacidad (HIPAA)

1. Incluso si el poder para actuar de mi agente no está en vigor, autorizo a mi equipo de atención médica a discutir mi atención con mi agente.
2. Una vez que mi agente tenga pleno poder en virtud de este documento, puede recibir copias de todos y cada uno de mis registros médicos.
3. Para todos los propósitos relacionados con este documento, mi agente es mi representante personal bajo HIPAA y puede firmar cualquier formulario de liberación u otro material relacionado con HIPAA.

Gilchrist
11311 McCormick Road, Suite 350
Hunt Valley, MD 21031

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

E. Efectividad de esta parte

(Lea estas dos declaraciones cuidadosamente. **Luego ponga sus iniciales en UNO solamente**).

El poder de mi agente está en efecto:

_____ Cuando yo no puedo tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, ya sea porque el médico a cargo de mi atención (médico tratante) decide que he perdido esta capacidad temporalmente, o mi médico tratante y un médico consultor acuerdan que he perdido esta capacidad **permanentemente**.

<<O>>

_____ Inmediatamente después de que yo firme este documento, sujeto a mi derecho a tomar cualquier decisión sobre mi atención médica si quiero y puedo hacerlo.

F. Firma y testigos

Al firmar a continuación como el declarante, yo _____ indico que estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta directiva anticipada y que entiendo su propósito y efecto. También entiendo que este documento reemplaza cualquier directiva anticipada similar que yo haya hecho antes de esta fecha.

(Firma del declarante)

(Fecha)

El declarante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, en base a la observación personal, parece estar emocional y mentalmente competente para hacer esta directiva anticipada. ******

(Firma del testigo 1)

(Fecha)

Número(s) de teléfono: casa/celular/trabajo

(Firma del testigo 2)

(Fecha)

Número(s) de teléfono: casa/celular/trabajo

**** Los testigos no pueden ser agentes de salud designados. Al menos uno de los testigos debe ser alguien que no herede a sabiendas nada del declarante ni obtenga un beneficio financiero a sabiendas por la muerte del declarante.**

ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA NO HACE QUE MI AGENTE SEA RESPONSABLE DE NINGUNO DE LOS COSTOS DE MI ATENCIÓN.

Formulario derivado de la "Directiva anticipada de Maryland del fiscal general de MD: Planificación para futuras decisiones de atención médica"