

**AVISO PARA EL INDIVIDUO QUE FIRMA EL FORMULARIO BREVE  
ESTATUTARIO DE ILLINOIS PARA OTORGAR UN PODER NOTARIAL  
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ESTE AVISO.** El formulario que firmará es un documento legal. Se rige por la Ley del Poder Notarial de Illinois. Si hay algo en este formulario que no entiende, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

El propósito de este poder notarial es otorgar a su "apoderado" designado poderes amplios para tomar decisiones sobre su atención médica, incluido el poder de requerir, dar su consentimiento o retirar el tratamiento para cualquier condición física o mental y para ingresarlo o darle de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución. Se le permite nombrar apoderados sucesores en este formulario, pero no se le permite nombrar coapoderados.

Este formulario no le impone a su apoderado la obligación de tomar tales decisiones de atención médica, así que es importante que usted elija un apoderado que acepte hacer esto por usted y que tome dichas decisiones según lo que usted desee. También es importante que escoja un apoderado en quien usted confíe, ya que le está dando a esa persona el control sobre la toma de sus decisiones médicas, incluidas las decisiones sobre la etapa final de su vida. Cualquier apoderado que actúe a favor de usted tiene el deber de actuar de buena fe para el bien de usted y de utilizar el debido cuidado, aptitud y diligencia. Él o ella también debe actuar de acuerdo con la ley y con las declaraciones de este formulario. Su apoderado debe guardar un registro de todas las acciones importantes que tome actuando como su apoderado.

A menos que usted limite específicamente el período de vigencia de este poder notarial, su apoderado puede ejercer los poderes que le otorga durante toda la vida de usted, incluso después de que usted quede discapacitado. Sin embargo, un tribunal puede quitarle estos poderes a su apoderado si determina que él o ella no está actuando correctamente. Usted también puede revocar este poder si lo desea.

Los poderes que usted le otorga a su apoderado, su derecho a revocar dichos poderes y las sanciones por violar la ley se explican con más detalle en las Secciones 4-5, 4-6 y 4-10(c) de la Ley del Poder Notarial de Illinois. Este formulario es una parte de dicha ley. Los párrafos indicados con la palabra "NOTA" a lo largo de este formulario contienen instrucciones.

No se requiere que usted firme este Poder Notarial, pero no entrará en vigencia sin su firma. No debe firmarlo si no entiende todo lo que contiene y lo que su apoderado podrá hacer si usted lo firma.

Por favor, escriba sus iniciales en la siguiente línea para indicar que ha leído este aviso:

\_\_\_\_\_  
(iniciales del interesado)

**FORMULARIO BREVE ESTATUTARIO DE ILLINOIS PARA OTORGAR  
UN PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

1. Yo, \_\_\_\_\_,

(escriba el nombre y la dirección del interesado)

por medio de la presente revoco todos los poderes notariales anteriores para la atención médica formalizados por mí y nombro a:

\_\_\_\_\_ (escriba el nombre y la dirección del apoderado)

**(NOTA: No se permite nombrar a coapoderados con el presente formulario).**

como mi representante (mi "apoderado") para que actúe por mí y en mi nombre (de cualquier manera que yo podría actuar personalmente) para tomar todas y cada una de las decisiones por mí con respecto a mi cuidado personal, tratamiento médico, hospitalización y atención médica y para pedir, rechazar o suspender cualquier tipo de tratamiento o procedimiento médico, aunque mi muerte sea el posible resultado de hacerlo.

- A. Mi apoderado tendrá el mismo acceso a mis registros médicos que tengo yo, incluido el derecho a divulgar el contenido a otros.
- B. Efectivo a mi muerte, mi apoderado tiene pleno poder para hacer una donación anatómica de lo siguiente:

**(NOTA: Indique una opción con sus iniciales. En caso de que no se indique ninguna de las opciones con sus iniciales, se concluirá que usted no desea otorgarle a su agente dicha autoridad en este asunto).**

Cualquier órgano, tejido u ojos aptos para trasplante o utilizado para la investigación o educación.

Órganos específicos: \_\_\_\_\_

No le otorgo a mi apoderado la autoridad para hacer ningún donativo anatómico.

- C. Mi apoderado también tendrá pleno poder para autorizar una autopsia y dirigir la disposición de mis restos. Es mi intención de que este poder notarial cumpla sustancialmente con la Sección 10 de la Ley Sobre la Disposición de Restos. Todas las decisiones que tome mi apoderado con respecto a la disposición de mis restos, incluida la cremación, serán vinculantes. Por la presente, ordeno que cualquier cementerio, negocio que opera un crematorio o columbario o ambos, director de funeraria o embalsamador, o establecimiento funerario que reciba una copia del presente documento, actúe en consecuencia con el mismo.

- D. Es mi intención que la persona nombrada como mi apoderada sea tratada como se me trataría a mí con respecto a mis derechos relativos al uso y divulgación de mi información médica identificable individualmente u otros registros médicos, incluidos los registros o comunicaciones regidos por la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo. Esta autorización de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y su reglamento. Es mi intención que la persona nombrada como mi apoderada actúe como mi "representante personal", tal como se define dicho término en la HIPAA y su reglamento.
- (i) La persona nombrada como mi apoderada tendrá el poder de autorizar la divulgación de la información regida por HIPAA a terceros.
  - (ii) Autorizo a cualquier médico, profesional de atención médica, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica con cobertura, cualquier compañía de seguros y a Medical Informational Bureau, Inc., o cualquier otro centro de atención médica, que me ha brindado tratamiento o servicios, o que ha pagado o está solicitando un pago a mi favor por tales servicios a que dé, divulgue y revele a la persona nombrada como mi apoderada, sin restricción, toda mi información de salud y registros médicos identificables individualmente, con respecto a cualquier condición de salud mental o médica pasada, presente o futura, incluida toda la información relacionada con el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas o alcohol y enfermedades mentales (incluidos registros o comunicaciones regidos por la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo).
  - (iii) La autoridad otorgada a la persona nombrada como mi apoderada sustituirá cualquier acuerdo anterior que yo pueda tener con mis proveedores de atención médica para restringir el acceso o la divulgación de mi información médica identificable individualmente. La autoridad otorgada a la persona nombrada como mi apoderada no tiene fecha de caducidad y vencerá solo en caso de que yo revoque la autoridad por escrito y la presente a mi proveedor de atención médica.

**(NOTA: La concesión de poder anterior tiene la intención de ser lo más amplia posible para que su apoderado tenga la autoridad para tomar cualquier decisión que usted podría tomar para obtener o suspender cualquier tipo de atención médica, incluido el retiro de alimentos, agua y otras medidas para sostener la vida, si su apoderado cree que dicha acción sería consecuente con la intención y los deseos de usted. Si usted desea limitar los poderes de su apoderado o prescribir reglas especiales o limitar el poder de hacer una donación anatómica, autorizar una autopsia o disponer de los restos, usted podrá hacerlo en los siguientes párrafos).**

2. Los poderes que se otorgan arriba no incluirán los siguientes poderes o estarán sujetos a las siguientes reglas y limitaciones:

**(NOTA: Aquí usted puede incluir cualquier limitación específica que considere apropiada, por ejemplo, su propia definición de cuándo se deben suspender las medidas para sostener la vida; una instrucción para continuar suministrando alimentos y líquidos o tratamientos para sostener la vida en todo caso; o instrucciones para rechazar cualquier tipo específico de tratamiento que sea incompatible con sus creencias religiosas o que le sea inaceptable para usted por cualquier otro motivo, como transfusiones de sangre, terapia electroconvulsiva, amputación, psicocirugía, ingreso voluntario a una institución de salud mental, etc.)**

---

---

---

---

---

**(NOTA: El tema del tratamiento para sostener la vida es de particular importancia. Para su conveniencia al tratar este tema, a continuación, se establecen algunas declaraciones generales sobre el rechazo o la suspensión del tratamiento para sostener la vida. Si usted está de acuerdo con alguna de estas declaraciones, se permite que lo indique poniendo sus iniciales junto a esa declaración; pero no ponga sus iniciales en más de una. Estas declaraciones sirven de guía para su apoderado, quien considerará cuidadosamente la declaración que usted indique con sus iniciales al tomar decisiones de atención médica en su nombre).**

Yo **no** quiero que mi vida sea prolongada ni quiero que se proporcione o continúe el tratamiento para sostener mi vida si mi apoderado cree que las consecuencias del tratamiento superan los beneficios esperados. Quiero que mi apoderado considere el alivio del sufrimiento, el costo implicado y la calidad de vida, así como la posible extensión de mi vida al tomar decisiones sobre el tratamiento para sostener mi vida.

Iniciales \_\_\_\_\_

Yo **quiero** que mi vida sea prolongada y quiero que se proporcione o continúe el tratamiento para sostener mi vida, a menos que, según la opinión de mi médico tratante, de acuerdo con los estándares médicos razonables al momento de la referencia, me halle en un estado de “inconsciencia permanente” o sufra de una “condición incurable o irreversible” o “condición terminal”, según la definición de esos términos en la Sección 4-4 de la Ley del Poder Notarial de Illinois. Si y cuando sufra alguno de dichos estados o condiciones, quiero que se suspenda o descontinúe el tratamiento para sostener mi vida.

Iniciales \_\_\_\_\_

Yo **quiero** que mi vida sea prolongada en la mayor medida posible de acuerdo con los estándares médicos razonables sin importar mi condición, las posibilidades que tengo de recuperarme ni el costo de los procedimientos.

Iniciales \_\_\_\_\_

**(NOTA: Puede enmendar o revocar este poder notarial según la manera expuesta en la Sección 4-6 de la Ley del Poder Notarial de Illinois).**

3. El presente poder notarial entrará en vigencia el día: \_\_\_\_\_

---

**(NOTA: En la línea 3 anterior, escriba una fecha o evento futuro dentro de su vida, por ejemplo, una determinación judicial de su incapacidad o una determinación escrita por su médico de que usted está incapacitado, de cuándo usted desee que este poder notarial entre en vigencia por primera vez).**

**(NOTA: Si usted no enmienda ni revoca este poder notarial o si no indica una fecha específica de anulación en el párrafo 4, el mismo seguirá vigente hasta su muerte, pero su apoderado seguirá teniendo la autoridad para donar sus órganos, autorizar una autopsia y disponer de los restos después de su muerte si usted le otorga esta autoridad a su apoderado).**

4. El presente poder notarial quedará anulado el día: \_\_\_\_\_

---

**(NOTA: En la línea 4 anterior, escriba una fecha o evento futuro, por ejemplo, una determinación judicial de que usted no está legalmente incapacitado o una determinación por escrito de su médico de que usted no está incapacitado, si desea que este poder se anule antes de su muerte.)**

**(NOTA: No se permite usar este formulario para nombrar copoderados. Si usted desea nombrar apoderados sucesores, escriba los nombres y las direcciones de los sucesores en el párrafo 5.)**

5. En caso de que cualquier apoderado nombrado por mí muera, llegue a ser incompetente, renuncie, rechace aceptar el oficio de apoderado o no esté disponible, yo nombro a las siguientes personas (cada una actuará a solas y sucesivamente, en el orden en que aparecen nombradas) como sucesoras de tal apoderado:

---

(escriba el nombre y la dirección del apoderado sucesor)

---

(escriba el nombre y la dirección del apoderado sucesor)

Para los propósitos del presente párrafo 5, se considerará que una persona es incompetente si la misma es menor de edad, o si una persona es adjudicada como incompetente o discapacitada, o si la persona no puede dar una consideración rápida e inteligente a los asuntos de atención médica, según lo certifica un médico licenciado.

**(NOTA: Si usted quiere, puede nombrar a su apoderado como representante legal de su persona si un tribunal decide que se debe nombrar a uno. Para ello, indíquelo en el párrafo 6 y el tribunal nombrará a su agente si el tribunal determina que dicho nombramiento servirá a los mejores intereses y el bienestar de usted. Tache el párrafo 6 si no quiere que su apoderado actúe como representante legal).**

6. Si se va a nombrar a un representante legal de mi persona, propongo al apoderado que actúa según este poder notarial como tal responsable, para que sirva sin obligación ni garantía.

7. Estoy plenamente informado sobre todo el contenido de este formulario y entiendo la importancia completa de esta concesión de poderes a mi apoderado.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(firma del interesado o marca)

El interesado ha tenido la oportunidad de revisar el formulario anterior y ha firmado el formulario o ha reconocido su firma o marca en el formulario en mi presencia. El testigo abajo firmante certifica que el mismo no es: (a) el médico tratante o proveedor de servicios de salud mental o un pariente del médico o proveedor; (b) un propietario, operador o pariente de un propietario u operador de un centro de atención médica en la que el interesado es un paciente o residente; (c) un padre, hermano, descendiente o cualquier cónyuge de tal padre, hermano o descendiente del interesado o de cualquier apoderado o apoderado sucesor según el poder notarial anterior, ya sea que dicha relación sea por sangre, matrimonio o adopción; o (d) un apoderado o apoderado sucesor según el poder notarial anterior.

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Dirección postal)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, estado, código postal)

**(NOTA: Se permite, pero no se requiere, que usted solicite que su apoderado y sus apoderados sucesores proporcionen muestras de firmas abajo. Si incluye muestras de firmas en este poder notarial, debe completar la certificación al lado de las firmas de los apoderados.)**

Muestra de las firmas del apoderado (y los sucesores).

Certifico que las firmas de mi apoderado (y los sucesores) son correctas.

\_\_\_\_\_  
(apoderado)

\_\_\_\_\_  
(interesado)

\_\_\_\_\_  
(apoderado sucesor)

\_\_\_\_\_  
(interesado)

\_\_\_\_\_  
(apoderado sucesor)

\_\_\_\_\_  
(interesado)

**(NOTA: Es opcional dar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que preparó este formulario o que ayudó al interesado a llenarlo).**

\_\_\_\_\_  
(nombre del preparador)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(teléfono)