

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Inicial de 2º nombre:	# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		Ciudad	Estado,	Código Postal:	Condado:
Dirección de Correo Postal: <input type="checkbox"/> La misma que la anterior			Dejar mensaje en: <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar <input type="checkbox"/> Teléfono Celular		
Correo electrónico:		Teléfono del hogar:	Número celular:	Teléfono del Trabajo:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Preferencia de Farmacia:		Estatus de Residencia: <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> Co-habitando <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Migrante	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negra o Africana Americana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Sin reportar/Prefiero no reportar			Idioma principal: _____ Necesito traductor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Grupo Etnico: (Escoga uno) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no reportar			Estatus Veterano (Escoja una): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del Empleador :		Estatus de trabajo: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus de Estudiante: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	
Proveedor de servicios Médicos (PCP) Nombre:					
Tiene el paciente dificultades con: <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Leyendo <input type="checkbox"/> Hablando Explique:					
Padre/Guardián del paciente:		Dirección: <input type="checkbox"/> Misma que la anterior		Número telefónico: ()	
# de Seguro Social del Padre/Guardian o Persona responsable:			Fecha de Nacimiento:	Relación al paciente:	
Vivienda(Elija una): <input type="checkbox"/> Dueño del hogar <input type="checkbox"/> Rento <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Con un amigo Otro: _____					
INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO					
(Por favor dé su tarjeta de Seguro Médico al Representante de Servicios)					
Persona responsable de la cuenta:		Fecha de Nacimiento:	Dirección (si es distinta):		Número telefónico principal: ()
Ocupación:	Empleador:			Número telefónico del empleador:	
Relación del paciente al subscriptor: <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Otro					
Seguro Médico Principal:		<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield	<input type="checkbox"/> Otro:
Nombre del subscriptor:		Fecha de nacimiento:	#De Póliza:	# de Grupo:	Co-pago: \$
Nombre del 2º Seguro Médico (si aplica):		Nombre del subscriptor:	Fecha de Nacimiento:	# de Póliza:	# de Grupo:
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de un amigo o pariente local:			Relación al paciente:	Número telefónico principal:	
Firma:			Fecha:		



**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
INSCRIPCIÓN Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Mediante la presente certifico que no he retenido ninguna información o ingresos o demás recursos financieros y que los montos que he revelado están correctos bajo mi juicio.

El paciente firmante o persona responsable o pariente que se ha registrado en Swope Health Services con la finalidad de obtener servicios médicos, mediante la presente, consiente voluntariamente a dichos servicios de diagnóstico y tratamiento, que podrían ser proporcionados por o bajo la dirección de un médico, dentista, otro profesional de cuidados médico u otro miembro calificado del personal de Swope Health Services hacia mi persona, bajo su mejor juicio.

Reconozco que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento específico sin poner en peligro mi derecho a recibir servicios de salud en este Centro.

Reconozco que se me pedirá firmar un consentimiento específico para cirugías y otros procedimientos especiales incluyendo anestesia general o local.

Estoy consciente que los servicios de salud no se basan en una ciencia exacta, y reconozco que no se me garantiza los resultados de ningún servicio de tratamiento.

Autorizo a Swope Health Services el conservar, preservar y utilizar con fines científicos o docentes o el desechar a su conveniencia cualquier espécimen o tejido tomado de mi cuerpo durante mi tratamiento.

Por la presente autorizo el pago de beneficios del seguro de salud registrados en el formulario de registro para ser pagados directamente a Swope Health Services por los servicios prestados.

Yo autorizo a Swope Health Services el suministrar información de mi expediente médico referente a cualquier tratamiento cuando sea solicitado por los planes o compañías de seguro médicos, si es aplicable a mi caso.

Se me ha explicado este formulario completamente, y certifico que entiendo su contenido. **Este archivo debe ser actualizado en 30 días o un año, según aplique.**

Yo entiendo que los cargos por los cuales soy responsable se verán reflejados en el saldo adeudado después de haber sido acreditados todos los descuentos apropiados y todos los pagos hechos a Swope Health Services por parte de las compañías de seguros médicos en referencia a los individuos nombrados anteriormente.

Medicare Medicaid Planes de Cuidados Salud Mental Sin Hogar Otro (Especifique) _____

Estoy de acuerdo en pagar estos cargos el mismo día en que los servicios son otorgados, en un plazo de 10 días de recibida la factura de Swope Health Services, o bajo otro plan de pago acordado con la Oficina de Relaciones para Pacientes de Swope Health Services, teléfono 816-923-5800.

*** El ocultar, mentir o brindar información falsa, con la intención de recibir beneficios a los cuales no tiene derecho, podría ocasionar su persecución, expulsión de Medicaid, Medicare o cualquier otro programa con fondos gubernamentales.**

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal

Fecha

Testigo

Fecha

Yo, el paciente deseo autorizar la revelación de información sobre cualquier reclamación requerida por cualquier organización de seguros para mis cuidados médicos o a mi agencia de asistencia médica del estado o al Departamento de Salud Mental.

Paciente/Padre/Guardián Legal

Fecha

CONFIRMACIÓN DEL RECIBIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

He recibido un folleto sobre los servicios ofrecidos en Swope Health Services. Este incluye una copia de "Los Derechos del Paciente" de Swope Health Services. Después de leer este documento, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo entender el significado de los Derechos del Paciente, lo que puedo esperar de este centro de salud y lo que se espera de mí y de mis familiares como pacientes registrados.

Paciente/Padre/Guardián Legal
Entrevistador

Fecha

Inicial del

FORMA DE AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

No. De cuenta del Acreedor _____

Yo, _____ certifico que el ingreso anual de mi hogar es \$ _____ y el tamaño de mi familia es de _____. Declaro que todos mis dependientes tienen no más de 18 años o tienen discapacidades. Entiendo que esta auto-declaración solo es efectiva por 30 días. Para recibir un descuento en los servicios por un periodo de 12 meses, necesitaré proveer una prueba de ingresos antes del día _____.

Yo prefiero no participar en el programa de descuentos a nivel.

Firma del Acreedor

Fecha

Testigo

Fecha

Aviso sobre nuestras Prácticas de Privacidad

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Aviso sobre nuestras Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en cumplimiento con la ley. El Aviso sobre las Prácticas de Privacidad aquí adjunta declara:

- Nuestras obligaciones bajo ley con respecto a su información personal de salud.
- Como podemos usar y revelar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados a su información personal de salud.
- Nuestros derechos para cambiar nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican para los usos y revelaciones no descritas en esta notificación.
- La persona a la que puede contactar para recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Se nos requiere por ley darle una copia de este aviso y obtener su reconocimiento escrito que ha recibido una copia de este aviso.

Certificación de Recibido

Yo, _____, mediante el presente certifico que he recibido una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o del Representante del Paciente (si aplica)

Descripción de la Autoridad Legal para actuar en representación del Paciente

Acuerdo para acudir a citas programadas

Nombre de la Instalación:

Dirección de la Instalación:

Teléfono de la Instalación:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

El propósito de este Acuerdo es el de dar información sobre citas perdidas. Las citas perdidas son un gran problema para la agenda de su proveedor de servicios y muy a menudo previenen que los pacientes reciban atención médica oportuna. Queremos asegurarnos que usted esté consciente sobre nuestra política de citas perdidas.

Yo entiendo que una cita perdida es cualquier cita a la cual no puedo acudir.

Yo entiendo que necesito avisar por lo menos con un día de anticipo si no puedo acudir a mi cita; sin embargo, cuando esto no sea posible, cualquier tipo de aviso anticipado es agradecido.

Yo entiendo que si pierdo tres (3) citas seguidas en un periodo de 12 meses sin dar ningún tipo de aviso anticipado antes de la cita, podría perder el derecho a hacer citas programadas y tener derecho solo a hacer visitas sin cita programada.

Yo entiendo que en casos fuera de mi control donde no pueda llegar a mi cita y dar un aviso anticipado, debo llamar a la clínica tan pronto como me sea posible y demostrar mi interés en continuar como paciente.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en seguir la Política sobre las Citas Perdidas.

Paciente

Fecha

Swope Health Services, Testigo

Fecha

Formato de elegibilidad para descuentos de tarifas variables

Podría ser necesario hacerle algunas preguntas personales para determinar si es elegible para un descuento de gastos médicos, dentales o farmacéuticos. Esta información es privada y confidencial y se mantendrá en los archivos de Swope Health Services. La verificación de ingresos se determina una vez al año y requiere prueba de ingresos y de dirección y deben ser presentados a Swope Health Services. (El tamaño de la familia y el ingreso anual de su hogar se utilizará para calcular el descuento y el nivel de pago.)

Ingrese otros miembros de su hogar que tengan por lo menos 19 años de edad y que vivan con usted.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Ingrese otros miembros de su hogar que tengan 18 años de edad o menores y que vivan con usted.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			



¿Tiene algún tipo de ingreso de cualquiera de los siguientes miembros de su hogar?

Fuentes	Pago por hora	Horas de trabajo	Ingreso quincenal	Horas trabajadas
Usted				
Su esposo(a) o pareja				
Otras personas (por favor enliste)				

¿Tiene algún ingreso de las siguientes fuentes? Si es así, cuanto recibe por mes?

Fuentes	Usted	Su pareja	Sus hijos	Otras personas	Total de fuentes
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de Retiro					
Ingreso de trabajo					
Ingreso de intereses					
Manutención para sus hijos					
Otro (especifique)					

Se me ha explicado el programa de descuentos variados y reconozco que proveer información falsa o incompleta para determinar el descuento de las tarifas variadas me podría descalificar a mí o a los miembros de familia de ser elegible para este programa.

Guarantor Signature _____

Date _____

DOCUMENTOS PARA PUEBRA DE INGRESOS

Los siguientes documentos pueden ser usados para probar su ingreso

- Talonario de nómina actual. Si el talonario está escrito a mano o no muestra las horas trabajadas o pago por hora, por favor proporcione una carta notariada (con membrete de la compañía si es posible) de su empleador indicando: sus horas de trabajo, sueldo bruto y tarifa por hora de pago.
- Carta de Determinación de Desempleo actual con la cantidad de beneficio de la Oficina de Desempleo (teléfono MO 816/889-3101 o KS 913/596-3500 y dé su información de Seguro Social para hacer su proceso).
- Copias actuales de su Seguro Social, pensión, herencia, Carta de Beca por Discapacidad SSI o Cheque (Sitio electrónico del Seguro Social: www.socialsecurity.gov)
- Formas de Ayuda Financiera, Becas, Becas Pell, I20, etc.
- Ingresos y pérdidas de impuestos anuales
- Formatos W2

DOCUMENTOS PARA PUEBRA DE DOMICILIO

- Correo actual enviado a usted o su cónyuge. Asegúrese de que el correo incluya un matasellos en el exterior del sobre de no más de 30 días. Si es necesario, envíese algo usted mismo. Desafortunadamente, no podemos aceptar el correo enviado a un apartado postal.

POR FAVOR ASEGÚRESE DE REGRESAR TODA LA INFORMACIÓN AL MISMO TIEMPO

Entiendo que si yo no proporciono la información anterior dentro de los próximos **treinta (30) días**, seré plenamente responsable por todos los servicios prestados y estos servicios se facturarán al precio completo hasta que se devuelve esta información.

Usted puede regresar la información requerida de Lunes a Viernes entre 8:00am a 4:30. Pm.

PASOS PARA PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE LA DETERMINACIÓN DE DESEMPLEO

1. Llame al 816/889-3101 Missouri ó al 913/596-3500 Kansas
2. Presione 1 para presentar su queja
3. Ingrese su número de seguro social
4. Presione 1
5. Seleccione su Número de PIN (Este es un número que usted determina)
6. Presione 1 para SÍ y 9 para NO
7. Presione 1 para presentar por teléfono
8. Siga las instrucciones para su Domicilio y Código Postal
9. Permanezca en la línea hasta que hable con un representante (No cuelgue)
10. Dígale al representante que usted necesita la forma donde se menciona que usted es un trabajador con seguro o trabajador sin seguro

El representante le enviará su Formato de Determinación de Beneficios



SWOPE HEALTH SERVICES

3801 Blue Parkway
Kansas City, MO. 64130
(816)923-5800 FAX: (816) 922-7682

Autorización para la Revelación de Información de Salud Protegida

Debe completarse por el paciente o por un representante autorizado por el paciente:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del hogar _____ Fax _____

Por este medio, yo autorizo a:

Swope Health Services, ó

Nombre del Médico o Proveedor de Servicios: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

El derecho de revelar mi información médica confidencial, a quien se describe a continuación:

A mí

Swope Health Services, ó a

Nombre _____

Nombre de la Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Copias por correo

Inspección

Copias por fax

Otro: _____

Copias que serán recogidas

Para la siguiente razón (razones):

- Si es para fines de mercadotecnia, indique si la comercialización implica pago directo o indirecto a Swope Health Services.
- Si requerida por el paciente, una declaración "a petición del paciente" es suficiente. _____

- **Mi autorización es para el uso y revelación de los siguientes archivos:**

- ___ Declaraciones de cobros y pagos
- ___ Diagnóstico/Tratamiento de enfermedades médicas y archivos de exámenes médicos
- ___ Historial de salud mental
- ___ Historial dental
- ___ Evaluación y tratamiento de registros relacionados con el abuso de alcohol y/o drogas.
- ___ Rayos X y otras imágenes
- ___ Información sobre SIDA (Síndrome de Auto deficiencia Adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)
- ___ Otro: _____
- ___ Todos los anteriores

Mi autorización se refiere a la información generada en las fechas siguientes o en el siguiente período:

Mi autorización es dada libremente con el entendimiento de que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido publicada bajo mi autorización, siempre y cuando mi revocación sea por escrito.
- Swope Health Services no puede condicionar el tratamiento de mi provisión de esta autorización.
- Esta autorización es válida por un período de treinta (30) días desde la fecha de la firma o antes si así se especifica por mí, como se indica abajo.
- Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como la original.
- Swope Health Services, sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios por este medio son liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la revelación de la información anterior a la medida indicada y autorizada por medio de la presente.
- A mí se me dará una copia de esta autorización, si la autorización es a petición de Swope Health Services.

Esta autorización expira en: _____

Firma del Paciente Fecha

Firma del Padre o Representante Personal Fecha

Nombre del Padre o Representante Personal (Por favor escriba)

Descripción de la autoridad Legal para actuar en nombre del paciente

Firma del Testigo Fecha



SWOPE HEALTH SERVICES
3801 Blue Parkway
Kansas City, MO. 64130-2807
(816) 923-5800

Nombre:

DOB:

Medical Record No.:

A nuestros pacientes :

De acuerdo con el Yo del paciente - Ley Determinación de 1990 , los Servicios de Salud Swope quiere que usted esté informado de sus derechos y opciones de la siguiente manera :

1. Kansas y Missouri han autorizado Living Wills (ahora se conoce como tratamiento de atención médica Directivas) por el cual los pacientes puedan expresar sus propias decisiones sobre el tratamiento ; y Poder Notarial para la Atención de la Salud, por el cual el paciente puede nombrar a un sustituto o representante para que tome decisiones sobre el tratamiento de cuidado de la salud para ellos. El plazo para estas formas en conjunto es directiva anticipada .
2. La información adjunta incluye las formas y una descripción general de las cuestiones involucradas en una directiva anticipada . Si desea publicar una directiva anticipada , por favor póngase en contacto con su abogado personal o Ayuda Legal al 816-474-6750 . Residentes de Kansas para Legal Aid contacto 913-621-0200 .
3. Si lo hace formular una directiva anticipada , lleve con usted a su próxima cita y pídale a su médico que la introduzca en su historia clínica ; o por correo a su médico con la instrucción para que se coloca en su expediente médico.

Voluntad Anticipada de Tratamiento para Cuidados Médicos

Yo «Nombre «Inicial de 2o. Nombre» «Apellido» hago esta disposición de tratamiento para cuidados médicos para ejercer mi derecho a determinar el curso de tratamientos y para proporcionar pruebas claras y convincentes de mis decisiones de tratamiento cuando me falte la capacidad de hacer o comunicar mis decisiones y no exista ninguna esperanza realista de que vaya a recuperar esa capacidad.

Si mi médico cree que algún procedimiento para prolongar mi vida u otro tratamiento médico puede proveerme con comodidad, alivio contra el dolor o conduce a una recuperación significativa, yo permito que mi médico me brinde ese tratamiento durante un período razonable de tiempo. Sin embargo, si tal tratamiento resulta ineficaz, yo pido que ese tratamiento se retire incluso si esto ocasione interrupción de vida.

Yo pido que se me brinde un tratamiento para aliviar dolor o para brindar comodidad, incluso si dicho tratamiento acorte mi vida, suprima mi apetito o mi respiración u ocasione la formación de un hábito.

Yo pido que todos los procedimientos para prolongar mi vida se retiren o interrumpan si no existe una esperanza para una recuperación significativa, y si existe:

- Una condición terminal o;
- Una condición, enfermedad o daños sin ninguna expectativa razonable de que pueda recobrar una calidad de vida aceptable o;
- Un daño cerebral o enfermedad cerebral considerable que no pueda ser reversible significativamente.

1.) Cuando algunas de las siguientes condiciones exista, **YO NO QUIERO** que se administren los procedimientos prolongados que he marcado con mis iniciales. (Debe asumir que cualquier tratamiento que no se haya marcado con iniciales, se le será administrado).

- Cirugía....._____ iniciales
- Resucitación Cardiopulmonar (CPR)....._____ iniciales
- Antibióticos_____ iniciales
- Diálisis_____ iniciales
- Ventilador mecánico (respirador)_____ iniciales
- Tubos para alimentar (comida y agua son proveídos por un tubo en las venas, nariz o estómago)_____ iniciales
- Otro _____ iniciales

2.) También pido las siguientes instrucciones: **(Usted puede describir el nivel de vida mínimo que acepta para usted).** _____

Si usted no desea nombrar a un agente como se refiere en el reverso, escriba sus iniciales aquí ____, escriba "None" en el espacio provisto para el nombre del agente, firme y pida que firmen sus testigos y/o por un notario.

Mencione este documento y sus ideas sobre la calidad de vida con su agente, médicos, familiares, amigos y su clero y proporcióneles una copia firmada (o fotocopia). Usted puede revocar o modificar este documento. Se recomienda la revisión periódica. Si no hay cambios después de cada revisión, marque con sus iniciales y escriba fecha en el margen.

(Este document se le brinda como un servicio de Kansas City Metropolitan Bar Association y su fundación, the Metropolitan Medical Society of Greater Kansas City, Midwest Bioethics Center y el Missouri Lawyer Trust Account Foundation).

VOLUNTAD ANTICIPADA

UNA CUESTIÓN MÉDICA : UNA ASUNTO PERSONAL

Las personas estadounidenses se han vuelto cada vez más conscientes de las capacidades nuevas de la medicina para mantener las funciones corporales sobrepasando lo que muchos creen ser el término de una calidad de vida aceptable para el paciente, incluso cuando los pacientes y las familias no deseen tratamiento adicional.

UNA SOLUCIÓN: UNA VOLUNTAD ANTICIPADA

Una voluntad anticipada es un documento que le permite comunicar sus preferencias de tratamiento médico cuando su capacidad para tomar decisiones se ha perdido. Una reciente decisión de la Suprema Corte de EU (Cruzan) indica claramente que todas las personas tienen un derecho constitucional de libertad para rehusar cualquier tratamiento médico, incluyendo el de los procedimientos para prolongar la vida. Aún más, la decisión de la corte afirma el derecho de nombrar a un agente para hacer la toma de decisiones médicas en caso de que usted pierda esa facultad.

El Centro Midwest Bioethics, el Kansas City Metropolitan Association, y el Metropolitan Society of Greater Kansas City han formado una sociedad (el Proyecto Comunitario para la Voluntad Anticipada) para educar a las personas sobre sus derechos en la toma de decisiones médicas de su futuro. Aún más, el proyecto ha desarrollado un formato de Voluntad Anticipada para ayudarle a pensar en sus opciones y a documentar sus deseos. Esta Voluntad Anticipada tiene dos partes: (1) una Voluntad para Tratamientos Médicos, y (2) un Poder Notarial para decisiones médicas.

VOLUNTAD ANTICIPADA PARA TRATAMIENTOS DE SALUD (TESTAMENTO EN VIDA)

Esta Voluntad Anticipada para Tratamientos Médicos es un documento que lleva firma, fecha y firmas de testigos que le permite nombrar con anticipación, sus deseos sobre los procedimientos usados para prolongar la vida. Es similar a un Testamento de Vida, que es más popular; sin embargo, es más completo que la mayoría de los Testamentos en Vida. Aún más, la Voluntad Anticipada no solo se permite usar durante una enfermedad terminal. Al igual que el Testamento en Vida, la Voluntad Anticipada no tiene efecto hasta que usted no pueda comunicar sus decisiones por sí mismo.

DECISIONES: EL PODER NOTARIAL PARA TOMAR DECISIONES SOBRE TRATAMIENTOS MÉDICOS

El poder notarial para tomar decisiones sobre los cuidados médicos le proporciona una manera con la que usted puede nombrar a un agente para hacer decisiones de servicios médicos que usted no haya cubierto en su Voluntad Anticipada para Tratamientos Médicos. Este documento entra en vigor, CUANDO Y SOLO CUANDO, le falte capacidad para hacer o para comunicar decisiones por sí mismo.

EL BENEFICIO DE LA COMUNICACIÓN

Su derecho para aprobar una Voluntad Anticipada ha sido apoyado legalmente por la Corte Suprema de Estados Unidos. Sin embargo, el mayor beneficio de su Voluntad Anticipada es el poder que tiene como una herramienta de comunicación. Pídale a algún médico o abogado que discuta la Voluntad Anticipada con usted. Igualmente, hágale saber sus deseos a sus familiares, amigos y clero.

PREGUNTAS COMUNES SOBRE LA VOLUNTAD ANCTICIPADA

“Voluntad Anticipada” es un término general usado en este folleto y aplica tanto para Tratamientos Médicos como para el Poder Notarial Duradero para Decisiones Médicas. Este es un término que se usa frecuentemente para referirse a un Testamento en Vida.

- 1. ¿Cómo difiere una Voluntad Anticipada y el Poder Notarial Duradero para tomar decisiones de atención médicas de un Testamento Vital?**

Una Voluntad Anticipada de cuidados médicos es similar a un testamento en vida ya que es un documento firmado, fechado y atestiguado que permite que afirme, por adelantado, sus deseos con respecto al uso de procedimientos de prolongación de vida. La Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos no se centra exclusivamente en rechazar un tratamiento. Usted puede utilizar su Voluntad para Cuidados Médicos para indicar cuándo continuar, o cuando interrumpir los tratamientos de prolongación de vida. Es mucho más completa que la mayoría de los Testamentos, ya que no se ve restringida para utilizar sólo cuando se tiene una enfermedad terminal.

El Poder Notarial Duradero para decisiones de Atención Médica le permite nombrar a un agente para hacer la toma de decisiones sobre su tratamiento en temas que usted no haya cubierto adecuadamente en su Directiva Anticipada para Cuidados Médicos.

2. ¿Por qué es útil tener una Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y un Poder Notarial Duradero para la toma de decisiones de Cuidados Médicos?

Debido a la complejidad de ciertas enfermedades, circunstancias y opciones de tratamiento, pueden surgir situaciones cuando su Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos no sea muy clara en cuanto a los cuidados médicos que usted quisiese recibir en una situación determinada. Para hacer su voluntad en dicho evento, podría nombrar a una persona de confianza para tomar decisiones por usted.

3. ¿Cómo difiere un Poder Notarial Duradero para decisiones de Cuidados Médicos de un Poder Notarial regular?

Generalmente los Poderes Notariales se refieren a los asuntos de negocios o financieros. Un Poder Notarial Duradero para Cuidados Médicos le permite más claramente designar a un agente para la toma de decisiones sobre tratamientos médicos y no cubre negocios o asuntos financieros. Muchas personas optan por nombrar agentes separados para sus negocios y para sus decisiones de atención médica y usan documentos separados para hacerlo. ESTE DOCUMENTO ABORDA ASUNTOS DE SALUD SOLAMENTE.

4. ¿A quién debo nombrar como mi agente?

Es importante que nombre a un agente que conozca sus metas y sus valores y alguien en el que confíe para actuar conforme a sus deseos. Usted puede nombrar a un familiar, pero no es necesario hacerlo. Usted puede elegir a su cónyuge, un hijo adulto o un amigo cercano. Asegúrese de hablar con su agente acerca de sus deseos en detalle y confirmar que esa persona se comprometa a representarlo.

5. Si yo ya he presentado un testamento en vida, ¿necesito una Voluntad Anticipada y un Poder Notarial Duradero para la toma de Decisiones Médicas?

El testamento en vida que tiene podría no ser tan completo como esta Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos. Además, su testamento en vida probablemente no le permite designar a un agente. Existe un gran beneficio en ser tan específico como le sea posible al hacer una Voluntad Anticipada. Si usted decide hacer su Voluntad Anticipada y un Poder Notarial Duradero para la toma de Cuidados Médicos, asegúrese de notificar a la persona a la que le ha distribuido su testamento, que éste documento ha quedado anulado y proporciónale una copia de su nueva Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos.

6. Si ya completé la Declaración de Testamento en Vida y las Instrucciones Adicionales Opcionales, formatos previamente distribuidos por Midwest Bioethics Center y la Asociación de abogados Metropolitana de Kansas City, ¿necesito anularlos y presentar esta nueva Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y un Poder Notarial Duradero para Cuidados Médicos?

El documento anterior es tan completo como la primera parte de esta Directiva Anticipada (es decir, la Directiva de tratamientos Médicos) y sería suficiente, a menos que usted desee nombrar a un agente. Si usted desea nombrar a un agente, debe revocar el documento anterior, notificar a las personas que tienen copias del mismo y enviarles una copia del nuevo documento— la Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y el Poder Notarial Durable.

7. ¿Necesito un abogado para presentar mi Voluntad Anticipada o el Poder Notarial para la toma de decisiones de Cuidados médicos?

No. Sin embargo, sería una buena idea comunicárselo a su abogado.

8. ¿Tiene que estar notariada mi Voluntad Avanzada?

El trámite Notarial es requerido en varios estados (por ejemplo Missouri, pero no Kansas) para presentar un Poder Notarial para la toma de decisiones de Cuidados médicos y es recomendado para cualquier persona presentando una Voluntad Anticipada.

9. ¿Cómo doy aviso que he presentado una Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y un poder notarial duradero para tomar decisiones Médicas?

Es su responsabilidad notificar y proporcionar copias de su Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y de su Poder Notarial Duradero para Cuidados Médicos al agente nombrado en su Poder Notarial Duradero y a demás personas apropiadas, es decir, a su médico, familiares, amigos y clero. Discuta los detalles de la Voluntad Anticipada con estos individuos, y pídale a su médico lo haga parte de su expediente médico permanente.

10. ¿Cuándo entra en efecto mi Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y el Poder Notarial para la toma de decisiones Médicas?

Su Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y el Poder Notarial para la toma de decisiones Médicas entra en vigor cuando y sólo cuando, usted ya no sea capaz de hacer ni comunicar sus decisiones. Así que mientras usted pueda tomar decisiones, es su derecho y responsabilidad tomar sus propias decisiones.

11. ¿Por cuánto tiempo será efectiva mi Voluntad Anticipada? ¿Puedo cambiarla o anularla?

Su Voluntad Anticipada queda en efecto hasta el momento de su muerte, o si es anulada. Se recomienda revisar periódicamente su Voluntad Anticipada. Cada vez que lo haga, escriba fecha e iniciales en los márgenes del documento. Esto servirá como un indicador efectivo que sus direcciones han sido bien planeadas.

12. ¿Serán respetadas tanto mi Voluntad Anticipada como mi Poder Notarial para cuidados médicos si yo estoy en otro estado?

Recientemente la Corte Suprema de los EU declaró que todos los adultos tienen el derecho a rechazar un tratamiento médico. Si se respeta debidamente, usted puede deducir que su directiva anticipada será respetada en cualquier estado.

13. ¿Deben mi médico, mi agente y mi institución respetar mis decisiones presentadas en mi Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos?

Sí. Los proveedores de servicios médicos y su agente están obligados a respetar sus deseos, expresados en su Voluntad anticipada, siempre y cuando sus direcciones sean compatibles con las leyes estatales. Cualquier proveedor que no respete su Voluntad Anticipada para cuidados médicos o las decisiones tomadas por el agente está obligado a asistir con su traslado a un proveedor que pueda si pueda respetar su Voluntad Anticipada.

14. ¿Puede mi familia ejercer control sobre mi Voluntad Anticipada para cuidados médicos o la decisión tomada por mi agente?

No. Si usted ha designado a un agente, sólo él o ella tienen la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica para usted. Sin embargo, su agente podría obtener información adicional de su familia para que le asesoren en la toma de decisiones.

15. ¿Será respetada mi Voluntad Anticipada para cuidados médicos en una situación de emergencia?

La Voluntad Anticipada para cuidados médicos establece claramente que sí es seguro o no que un tratamiento pueda "conducir a una recuperación significativa", debe ser intentado por un período de tiempo razonable. Ya que una situación de emergencia podría resultar imposible para los proveedores de servicios médicos hacer este juicio, debe asumir que se intentará algún tratamiento hasta que éste resulte inútil. Si el tratamiento no conduce a una gran recuperación, usted debe asumir que su Voluntad Anticipada será respetada y que cualquier tratamiento que resulte inefectivo será retirado.

16. ¿Qué pasa si yo no quiero ser resucitado (CPR) bajo cualquier circunstancia?

Usted puede escribir eso en su Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos y deberá informar a su agente. Sin embargo, si no quiere resucitado sólo por el temor de quedar "atrapado" con soporte vital, esta preocupación ha sido abordada en la Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos. La Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos establece claramente que sea seguro o no un tratamiento que pueda "conducir a una recuperación significativa", debería ser intentado por un período de tiempo razonable. En el caso de que usted esté seguro que no quiere resucitación cardiopulmonar bajo ninguna circunstancia, comuníquese con su proveedor de servicios médicos de emergencia local para averiguar si existe una forma con la que pueden respetar su petición.

17. ¿Cómo puedo describir lo que "la mínima calidad de vida aceptable" representa para mí?

Al presentar su Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos, es importante describir lo que usted quiere decir personalmente por "mínima calidad de vida aceptable". No hay ninguna sola respuesta "correcta" a esta pregunta. La descripción debe intentar expresar sus valores y metas personales.

18. ¿Puedo pedir que la comida y el agua que se me administre artificialmente sea retirada?

Sí. El Derecho Constitucional de Libertad respeta su rechazo de cualquier tratamiento médico, incluyendo su alimentación artificial. Por lo tanto, la petición en su Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos debe ser respetada.

19. ¿Puedo hacer una disposición para la donación de órganos o tejidos en mi Voluntad Anticipada?

Sí. Usted puede hacer una declaración en su Voluntad Anticipada para Cuidados Médicos. Las personas que deseen hacer tales declaraciones deben presentar la Declaración de Donación Anatómica Uniforme en la parte posterior de su licencia para conducir.

20. ¿Afectará mi Voluntad Anticipada mi seguro de vida o de gastos médicos?

No. Su firma en la Voluntad Anticipada no anulará o alterará sus pólizas de seguro, ni afectará su capacidad para obtener seguros de vida o de gastos médicos.

FUENTES

Midwest Bioethics Center, Suite 106, 410 Archibald, Kansas City, Missouri 64111, (816) 756-1735