

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 1 DE 5

PARTE I

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU AGENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE SUPLENTE.

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

PARTE I. PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, residente en
(nombre del mandante)

(dirección)

por la presente nombro a _____, residente en
(nombre del agente)

(dirección y número de teléfono del agente)

Como mi apoderado ("agente") para consentir, rechazar o retirar el consentimiento para procedimientos médicos, tratamientos o intervenciones.

2) En caso de que la persona antes nombrada no pueda, no quiera o no esté disponible a fin de actuar como mi agente para la atención médica, por la presente nombro como mi agente suplente a:

_____, residente en
(nombre del agente suplente)

(dirección y número de teléfono del agente suplente)

3) Ya hablé sobre mis deseos con mi agente y mi agente suplente, y le autorizo a tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, incluidas las decisiones de retener o retirar cualquier forma de soporte vital. Autorizo expresamente a mi agente (y agente suplente) a tomar decisiones en mi nombre con respecto a la retención o el retiro de la nutrición e hidratación artificiales en todas las circunstancias médicas.

4) Este poder notarial entra en vigor cuando ya no puedo tomar mis propias decisiones médicas, y no se ve afectado por una discapacidad física o incompetencia mental. La determinación de si puedo tomar mis propias decisiones médicas debe tomarla mi agente, o si él o ella no puede, no está dispuesto o no está disponible para actuar, mi agente suplente, a menos que el médico tratante determine que sí tengo capacidad de decisión.

PARTE II

PARTE II. DECLARACIÓN

Aviso

Este es un documento legal importante. Un testamento en vida orienta el tratamiento médico que recibirá en caso de que padezca una afección terminal y no pueda participar en sus propias decisiones médicas. Este testamento en vida puede indicar qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir.

AVISO

Prepare este documento con cuidado. Si utiliza este formulario, léalo en su totalidad. Puede buscar ayuda profesional para asegurarse de que el formulario sirva para lo que usted pretende y se complete sin errores.

Este documento seguirá siendo válido y vigente hasta (y a menos que) lo revoque. Revise este documento de manera periódica para asegurarse de que siga reflejando sus deseos. Puede enmendar o revocar este documento en cualquier momento, notificándolo a su médico y a otros proveedores de atención médica. Debe entregar copias de este documento a su familia, su médico y su centro de atención médica. Este formulario es totalmente opcional. Si decide utilizar este formulario, tenga en cuenta que el formulario proporciona espacios en donde usted, los dos testigos que eligió y un notario público deben firmar.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 4 DE 5

A MI FAMILIA, A MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y A TODOS AQUELLOS QUE SE PREOCUPAN POR MI ATENCIÓN:

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

Yo, _____, pido que sigan mis deseos para la atención si padezco una afección terminal, mi muerte es inminente y no puedo comunicar mis decisiones sobre mi atención médica.

ELECCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL SOPORTE VITAL

Con respecto a cualquier tratamiento de soporte vital, deseo lo siguiente:

(Escriba sus iniciales solo en una de las siguientes opciones. Si no está de acuerdo con cualquiera de las siguientes opciones, a continuación se proporciona un espacio para que escriba sus propias instrucciones).

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

_____ Si mi muerte es inminente, elijo no prolongar mi vida. Si se ha iniciado un tratamiento de soporte vital, suspéndanlo, pero manténganme cómodo y controlen mi dolor.

_____ Incluso si mi muerte es inminente, elijo prolongar mi vida.

_____ No elijo ninguna de las opciones anteriores, y estas son mis instrucciones si padezco una enfermedad terminal y mi muerte es inminente:

ELECCIONES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES

Con respecto a la nutrición e hidratación artificiales, deseo lo siguiente.

(Nutrición e hidratación artificiales se refieren al alimento y agua proporcionados por medio de un tubo insertado en el estómago o el intestino, o una aguja en una vena).

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

(Escriba sus iniciales solo en una):

_____ Si mi muerte es inminente, no quiero recibir nutrición ni hidratación artificiales. Si se han iniciado, suspéndanlas.

_____ Incluso si mi muerte es inminente, deseo recibir nutrición e hidratación artificiales.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 5 DE 5

PARTE III

FIRME, FECHÉ Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

SI COMPLETÓ LA PARTE II, DEBE ASEGURARSE DE ATESTIGUAR SU FIRMA.

EN CUALQUIER CASO, ES UNA BUENA IDEA ATESTIGUAR SU FIRMA, INCLUSO SI SOLO COMPLETÓ LA PARTE I.

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SUS NOMBRES Y DIRECCIONES AQUÍ.

ESTA SECCIÓN OPCIONAL DEBE COMPLETARLA UN NOTARIO PÚBLICO.

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

PARTE III. CUMPLIMIENTO

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

TESTIGOS

El declarante firmó de manera voluntaria este documento en mi presencia.

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

NOTARIO (OPCIONAL)

En este _____ día de _____ de _____, _____ el declarante, _____, y los

testigos, _____ y _____,

comparecieron en persona ante el funcionario abajo firmante y firmaron el instrumento anterior en mi presencia.

Fecha de este _____ día de _____ de _____.

Notario público

Fecha de vencimiento de mi cargo: _____

*Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org*

DONACIÓN DE
ÓRGANOS (OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
OPCIÓN QUE REFLEJE
SUS DESEOS.

AGREGUE EL NOMBRE
O INSTITUCIÓN (SI
CORRESPONDE).

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA SU
NOMBRE, FIRME Y
FECHA EL
DOCUMENTO.

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR Y
ESCRIBIR EN
LETRA DE
IMPRENTA SUS
DIRECCIONES.

AL MENOS UN
TESTIGO DEBE SER
UNA PARTE
DESINTERESADA.

© 2005 National
Hospice and Palliative
Care Organization.
Revisado en 2023.

FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 1 DE 1

Escriba sus iniciales en la línea junto a la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley de Dakota del Sur.

_____ No quiero donar órganos ni tejidos y no quiero que mi abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de mi familia lo haga.

_____ Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona o institución: _____

_____ De conformidad con la ley de Dakota del Sur, por la presente doy, a partir de mi muerte:

_____ Cualquier órgano o parte necesaria.

_____ La siguiente parte u órganos mencionados a continuación:

Para (escriba sus iniciales en una opción):

_____ Cualquier otro propósito legalmente autorizado.

_____ Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

Nombre del declarante: _____

Firma del declarante: _____, Fecha: _____

El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo _____, Fecha _____

Dirección _____

Soy una parte desinteresada con respecto al declarante, su donación y patrimonio. El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo _____, Fecha _____

Dirección _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org