

## Paquete para el consumidor "Hágalo usted mismo" Planificación para la futura toma de decisiones de atención médica: PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Actualizado 08/2024

¿Quién tomará las decisiones por usted si no puede comunicarse por sí mismo? ¿Qué desea para la atención al final de la vida? ¿Dónde desea vivir y recibir atención a medida que envejece? Un poder legal para la atención médica le permite poner sus deseos por escrito y elegir a alguien que lo ayude a llevarlos a cabo si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo. Wisconsin proporciona un formulario estándar que usted puede usar; sus proveedores de atención médica también pueden tener los formularios disponibles.

Este paquete proporciona instrucciones e información adicional para ayudarlo a planificar futuras decisiones de atención médica. Además de esta carta de presentación, contiene cinco documentos:

1. **Un folleto de ocho páginas titulado "Poder legal para la atención médica: una descripción general"**. Este folleto responde a las preguntas más frecuentes sobre los poderes para la atención médica.
2. **Temas sugeridos para hablar con su apoderado de atención médica**. Debido a que el apoderado que seleccione en su poder para la atención médica debe seguir sus deseos, es importante que hable con su apoderado sobre sus deseos.
3. **Lenguaje adicional sugerido para su poder legal para la atención médica** que se incluirá en la sección de "Disposiciones especiales" del formulario de poder legal para la atención médica y sobre el que debe hablar con el apoderado.
4. **Instrucciones paso a paso** para completar el poder legal para la atención médica de Wisconsin.
5. **Comparación del testamento vital y el poder legal para la atención médica de Wisconsin**. Esta tabla explica la diferencia entre un testamento vital y un poder legal para la atención médica.

Si tiene preguntas sobre cómo completar un Poder Legal para la Atención Médica, comuníquese con el Centro de Apoyo para Tuteladas al 1-855-409-9410 o envíe un correo electrónico a [guardian@gwaar.org](mailto:guardian@gwaar.org).

## Poder legal para la atención médica: descripción general

### 1. ¿Qué es un poder legal para la atención médica?

Un poder para la atención médica (POA-HC por sus siglas en inglés) es un documento que usted (el "poderdante") completa y firma, nombrando a otra persona (el "apoderado") para que tome decisiones de atención médica por usted si alguna vez no puede tomar esas decisiones por sí mismo.

### 2. ¿Por qué debería tener un poder para la atención médica?

Si alguna vez no puede tomar sus propias decisiones de atención médica por cualquier motivo, un poder para la atención médica es una forma de elegir a alguien para que tome esas decisiones por usted, de acuerdo con sus deseos previamente expresados.

**En Wisconsin, un miembro de la familia no está autorizado automáticamente para tomar decisiones de atención médica por usted. Debe tener un poder que los autorice como su apoderado .**

Sin un poder para la atención médica, su familia u otras personas tendrían que acudir a un tribunal y pedir que se le asigne un tutor temporal o permanente. Esto puede resultar caro, llevar mucho tiempo y ser emocionalmente agotador para usted y su familia. Y puede resultar en el nombramiento de una persona que a usted no le hubiera gustado que tenga poder de decisión, o alguien que no conoce sus deseos.

### 3. ¿Cuál es la diferencia entre un testamento vital y un poder para la atención médica?

Un testamento vital informa a sus proveedores de atención médica sobre sus deseos al final de la vida y les permite llevar a cabo esos deseos. Un testamento vital solo cubre las decisiones de atención médica cuando una persona se encuentra en un estado vegetativo persistente o cuando una persona tiene una enfermedad terminal y la muerte es inminente. Un testamento vital no nombra a un apoderado para tomar decisiones por usted.

Por el contrario, un poder para atención médica cubre todas las decisiones de atención médica, no solo aquellas que están cubiertas por un testamento vital. Un poder para atención médica nombra a un apoderado para que tome sus decisiones de atención médica de acuerdo con sus deseos si alguna vez queda incapacitado, sin importar la razón.

Consulte *la comparación del testamento vital y el poder legal para la atención médica de Wisconsin* en la última página de este paquete para obtener una comparación más detallada.

### 4. ¿Debo tener un testamento vital y un poder para la atención médica?

Tener ambos puede ser beneficioso. Si bien un poder legal para atención médica generalmente

proporciona más autoridad a su apoderado, un testamento vital puede servir como respaldo para informar a sus proveedores de atención médica de sus deseos en caso de que su apoderado y sus sustitutos ya no estén dispuestos o no puedan tomar decisiones por usted.

Si decide tener ambos, asegúrese de que sus deseos sean coherentes en ambos documentos. Si los deseos expresados en el poder para atención médica y el testamento vital son incompatibles, las disposiciones del poder para atención médica válido prevalecerán sobre cualquier disposición del testamento vital válido con la que entren en conflicto directo, [Wis. Stat. § 154.70\(3\)](#).

5. ¿En qué factores debo pensar al seleccionar un apoderado?

Su apoderado debe estar dispuesto a seguir sus deseos sobre las decisiones de atención médica y debe poder actuar en caso de emergencia si es necesario. Hay otros factores que usted puede considerar que incluyen:

- ¿Será capaz de resistir la presión de amigos y familiares que querrán influir en las decisiones sobre su atención médica de una manera que pudieran ser incompatibles con sus deseos?
- ¿Estará dispuesto a tomar decisiones coherentes con sus deseos y no según sus propias ideas sobre cuál sería la decisión correcta?
- ¿Tiene experiencia en el trato con hospitales, médicos y situaciones de salud estresantes? ¿Podrá comunicarse de manera efectiva con sus proveedores sobre sus necesidades y deseos?
- ¿Será capaz de asegurarse de que usted está siendo tratado adecuadamente?
- ¿Hará suficientes preguntas sobre el impacto de ciertas decisiones?
- ¿Podrá insistir para que los proveedores se mantengan en contacto con información detallada sobre su tratamiento, cualquier cambio en su estado, medicación, o posibles lesiones?
- ¿Está geográficamente cerca? (Nota: esto no es obligatorio, pero puede ser útil)
- Si no está cerca, ¿se siente cómodo abogando por usted por teléfono o video?

6. ¿Hay alguien que no puede servir como mi apoderado?

Sus proveedores de atención médica y sus respectivos cónyuges, y empleados, y los empleados de las instalaciones donde recibe atención no pueden servir como sus apoderados a menos que estén relacionados con usted. Por ejemplo, si su hermano trabaja en un hospital en el que está recibiendo atención, puede servir como su apoderado si lo desea, pero otro personal del hospital que no esté relacionado con usted no puede ser su apoderado.

7. ¿Debo nombrar un apoderado sustituto?

No es obligatorio, pero es una buena idea tener al menos un apoderado sustituto. Su apoderado podría estar de vacaciones, enfermo, incapaz de ayudarlo o podría fallecer cuando necesite ayuda.

Si el apoderado principal no puede cumplir con sus responsabilidades, se puede recurrir al sustituto para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo. Puede nombrar varios apoderados sustitutos; si son necesarios, se los llamará en el orden en que se enumeran.

8. ¿Cuándo comienza la autoridad del apoderado ? ¿Puedo seguir tomando decisiones después de completar un documento?

Un apoderado tiene autoridad cuando usted es declarado incapacitado. Si usted sigue siendo capaz de tomar sus propias decisiones de atención médica, la autoridad del apoderado para tomar decisiones de atención médica no entra en vigor.

La ley de Wisconsin define la "incapacidad" como la imposibilidad de recibir y evaluar información de manera eficaz o de comunicar decisiones hasta tal punto que la persona carece de la capacidad para tomar sus decisiones de atención médica". [Wis. Stat. § 155.01\(8\)](#). Una evaluación de incapacidad determina si usted es capaz de dar su consentimiento informado para recibir atención médica en el momento en que se le pide que tome una decisión: ¿es capaz de comprender sus opciones y alternativas de atención, elegir entre ellas y expresar su decisión?

La incapacidad es determinada por dos médicos o por un médico y un profesional clínico avanzado (asistente médico, enfermero practicante o psicólogo). Deben examinarlo personalmente y firmar una declaración de que está incapacitado. La declaración de incapacidad debe adjuntarse al poder legal para atención médica. Después de que esto haya sucedido, la autoridad del apoderado entra en vigor.

Si desea que su documento se active de otra manera, puede especificarlo en el documento. La creación del documento no le hace perder ninguna autoridad para tomar decisiones. Usted seguirá tomando todas las decisiones relacionadas con su atención médica mientras conserve la capacidad para hacerlo.

9. ¿Qué tipo de decisiones podrá tomar mi apoderado?

Su apoderado tendrá la autoridad para tomar la mayoría de las decisiones relacionadas con la atención médica, lo que incluye decisiones sobre servicios y procedimientos, proveedores, medicamentos y cuidados. Si lo desea, puede hacer que su poder legal sea más específico. Puede agregar sus preferencias sobre dónde desea recibir atención, quién desea que lo atienda y los tipos de atención que desea recibir. También puede limitar los tipos de decisiones que puede tomar su apoderado. Su apoderado no tendrá el poder de tomar decisiones sobre asuntos no relacionados con la atención médica, incluyendo quién puede visitarlo, cambios en su seguro de salud y otros asuntos similares. Es posible que desee completar un poder legal financiero para permitir que alguien se encargue de los seguros y otros asuntos financieros.

En Wisconsin, existen tres decisiones que deben tener una autorización específica en el poder legal

para atención médica:

- 1) Ingreso en un hogar de ancianos o centro residencial comunitario (CBRF por sus siglas en inglés) con fines distintos a la rehabilitación tras una hospitalización o relevo (por ejemplo, cuidados a largo plazo).
- 2) Mantener o retirar las sondas de alimentación, y
- 3) Decisiones de atención médica para una poderdante que esté embarazada.

Si desea que su apoderado pueda tomar estas decisiones, debe otorgarle la autoridad en el poder legal. Puede optar por agregar instrucciones especiales o limitaciones dentro del documento.

Además, su apoderado no podrá ingresarlo en un centro de salud mental ni en un hospital para recibir tratamiento de salud mental para pacientes internados.

10. ¿Cuál es la definición de "sonda de alimentación"?

Una sonda de alimentación es una "sonda médica a través de la cual se administra nutrición o hidratación en la vena, el estómago, la nariz, la boca u otra abertura corporal". [Wis. Stat. § 155.01\(2m\)](#). Las sondas de alimentación se pueden usar para administrar nutrición e hidratación. Si desea que su apoderado tenga la autoridad para mantener o retirar una sonda de alimentación, debe proporcionar una autorización específica en su poder legal para atención médica. Esta autorización *no requiere que* su apoderado mantenga o retire las sondas de alimentación, pero sin esta autorización, no podrá tomar ninguna decisión al respecto. Puede limitar esa autoridad en las instrucciones especiales si solo desea que puedan tomar la decisión en determinadas circunstancias. Un apoderado nunca podrá suspender o retirar la nutrición o hidratación ingerida por vía oral, a menos que exista una razón médica por la que pueda ser perjudicial, por ejemplo, si existe un riesgo grave de asfixia.

11. ¿Puede mi apoderado ingresarme en un hogar para ancianos?

Para que su apoderado tenga la autoridad para ingresarlo en un hogar de ancianos o centro residencial comunitario para *atención a largo plazo*, debe otorgar específicamente ese poder en el poder legal para atención médica. Sin esa concesión específica de autoridad, su apoderado no puede ingresarlo en un hogar de ancianos o centro residencial comunitario para atención a largo plazo. Marcar "NO" o dejar la casilla en blanco en el formulario estatal prohibirá que su apoderado lo ingrese a largo plazo. Si desea otorgar esta autoridad a su apoderado, debe marcar la casilla "Sí" en el formulario.

Sin embargo, sin una autorización específica, su apoderado aún puede ingresarlo para estancias cortas:

- Para cuidados de recuperación por menos de tres meses si el ingreso es directamente del hospital, a menos que la hospitalización haya sido para tratamiento psiquiátrico.

- Para un servicio de relevo de menos de 30 días si usted y su apoderado viven juntos.

Incluso si le otorga a su apoderado la autoridad para ingresarlo con fines de cuidados a largo plazo, puede retirar dicha autoridad mediante una objeción. Usted no pierde el derecho a objetar, incluso si se le considera incapacitado. Sin embargo, si su condición lo requiere, se puede obtener una orden de tutela e ingreso involuntario para mantenerlo en un hogar de ancianos o centro residencial comunitario en contra de sus deseos.

12. ¿De quién es el control de los deseos después de que se complete un poder para la atención médica?

Usted permanece a cargo de sus decisiones de atención médica. Si ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica, su apoderado debe actuar de buena fe de acuerdo con sus deseos expresados en cualquier momento, incluso después de la incapacidad.

**Debido a que su apoderado debe seguir sus deseos, es muy importante que hable con su apoderado sobre sus deseos ANTES de perder la capacidad.** Es posible que haya incluido estos deseos en su poder legal para atención médica, o que los haya expresado verbalmente a su apoderado u otros familiares o amigos. Si usted ha quedado incapacitado, pero aún es capaz de expresar sus deseos, su apoderado está obligado a seguir sus deseos tal y como los ha expresado actualmente. Si se desconocen sus deseos, su apoderado debe actuar en su mejor interés.

13. ¿Qué debe hacer mi apoderado para abogar por mí al tomar mis decisiones de atención médica?

Visitarlo o comunicarse con usted tan a menudo como sea necesario. Si experimenta cambios médicos rápidos, su apoderado debe comunicarse con usted y sus proveedores con mucha más frecuencia. Esta es una responsabilidad de la que debe hablar con su apoderado antes de completar su poder legal para atención médica.

Asegurarse de que usted no esté sufriendo abuso o negligencia en su estado de incapacidad.

Asistir a las reuniones con su equipo de atención médica para hablar sobre sus opciones y asegurarse de que sus deseos estén representados y sean respetados al desarrollar planes de atención.

Proporcionar consentimiento informado o una denegación para todas sus necesidades de atención médica una vez que se active su poder para atención médica. Su apoderado debe estar dispuesto a informarse sobre su estado de salud y los tratamientos propuestos y ser capaz de aplicar sus deseos a decisiones de atención médica imprevistas.

Algunas preguntas que tal vez desee que su apoderado considere o haga al tomar decisiones sobre su atención médica son:

- ¿Por qué es necesario este procedimiento o tratamiento?
- ¿Cómo beneficiará mi atención?
- ¿Hay otras alternativas u opciones razonables?
- ¿Qué podría pasarme si no acepto el tratamiento?
- ¿Qué resultado puedo esperar razonablemente?
- ¿Cuáles son los principales riesgos?
- ¿Qué es lo que puede suceder en el futuro? ¿Cuáles son los mejores y los peores resultados posibles? ¿Qué beneficios y molestias conllevará el tratamiento?
- ¿Aliviará el dolor, restaurará la función o mejorará la calidad de vida?
- ¿Prolongará el proceso de agonía sin ofrecer beneficios?

Para obtener información adicional, consulte nuestra guía sobre las [responsabilidades de un apoderado de atención médica](#).

14. ¿Cuáles son los requisitos para un poder para la atención médica válido?

Los poderes legales para atención médica que se crean en Wisconsin deben cumplir con ciertos requisitos para ser válidos. El documento debe:

- 1) hacerse por escrito.
- 2) formalizarse voluntariamente por un poderdante que tenga 18 años o más y que esté en su sano juicio,
- 3) estar fechado y firmado por el poderdante en presencia de dos testigos desinteresados,
- 4) estar firmado y fechado por los dos testigos desinteresados, e
- 5) incluir las disposiciones de notificación exactas contenidas en el formulario estatal O un certificado firmado por el abogado del poderdante que declare: "Soy un abogado autorizado para ejercer la abogacía en Wisconsin. He asesorado a mi cliente sobre sus derechos en relación con este poder legal para atención médica y la ley correspondiente."

"En sus cabales" significa que usted entiende el propósito del documento y puede firmarlo voluntariamente y libre de cualquier influencia o coacción indebida.

"Desinteresado" significa que sus testigos no son:

- su apoderado,
- personas relacionadas con usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción,
- financieramente responsables de su cuidado,
- personas que esperan heredar de usted
- sus proveedores de atención médica o empleados de sus proveedores o una institución para pacientes hospitalizados en la que esté recibiendo atención (sin embargo, los capellanes y los trabajadores sociales pueden ser testigos).

15. ¿Qué debo hacer si no puedo firmar físicamente el documento?

Usted puede completar el documento, incluso si no puede firmarlo físicamente. Si no puede firmar, puede designar a una persona de 18 años o más para que firme en su presencia y en presencia de dos testigos desinteresados. La persona que elija para firmar por usted no debe ser su apoderado, apoderado sustituto o testigo.

16. ¿Cómo puedo completar un poder para la atención médica?

Tanto el Departamento de Servicios de Salud del estado como la Sociedad Médica de Wisconsin proporcionan formularios gratuitos; muchos hospitales y clínicas utilizan uno u otro. Puede encontrarlos en línea, solicitarlos al personal de su clínica o institución, o solicitar que el DHS le envíe formularios por correo. El Centro de Apoyo para Tutelas también tiene ambos formularios publicados en su sitio web.

Para solicitar formularios por correo, envíe un sobre de tamaño comercial con su dirección y sello postal a:

Division of Public Health (División de Salud Pública)  
ATTN: POA (Poder legal)  
P.O. Box 2659  
Madison, WI 53701

Por favor, indique qué formularios le gustaría recibir. Puede sacar copias a los formularios.

También puede contratar a un abogado para que redacte un documento adaptado a sus necesidades específicas, si lo desea.

Otros formularios pueden estar disponibles y ser aceptables siempre y cuando cumplan con los requisitos legales mencionados anteriormente para un Poder legal para la atención médica válido en Wisconsin.

17. ¿Puedo agregar un anexo a mi poder para la atención médica?

Sí. Si utiliza el formulario estatal poder legal para la atención médica, notará que el espacio para agregar instrucciones específicas a su apoderado es pequeño. Si tiene instrucciones adicionales, puede escribirlas en un anexo y adjuntarlas a su poder legal para la atención médica. Asegúrese de hacer referencia al anexo en el espacio para instrucciones especiales. Fírmelo, escriba la fecha y preséntelo ante un testigo al mismo tiempo que el poder legal.

18. ¿Completar un poder para la atención médica evitará la necesidad de un tutor?

Completar un poder para la atención médica generalmente evita la necesidad de tener un tutor de la persona. Sin embargo, hay algunas situaciones en las que aún puede ser necesario nombrar a un tutor de la persona, entre ellas:



- Si su apoderado no puede o no quiere actuar y no hay apoderados sustitutos disponibles y dispuestos,
- Si usted no autorizó su ingreso en un hogar de ancianos o centro residencial comunitario, pero ahora necesita esos servicios,
- Si usted se opone a alguna de las decisiones que está tomando su apoderado, como su ingreso a un hogar de ancianos para atención a largo plazo que usted hay autorizado previamente.

Un apoderado para atención médica no podrá tomar decisiones *financieras* por usted a menos que le haya otorgado autoridad en un documento de poder legal financiero. Además, un poder para atención médica podría no abarcar ciertas decisiones. Un tutor podría ser designado para manejar esos asuntos.

19. Completé mi poder para la atención médica en otro estado. ¿Es válido en Wisconsin?

Si su poder para atención médica es válido en el estado en el que se ejecutó, es válido en Wisconsin. Sin embargo, el apoderado solo tiene la autoridad permitida por la ley de Wisconsin. Las decisiones sobre el ingreso en un hogar de ancianos o residencias comunitarias, mantener o retirar las sondas de alimentación y el cuidado de una poderdante embarazada tienen que estar específicamente autorizados en el poder legal para la atención médica. Si su documento carece de la autorización específica requerida en Wisconsin para la admisión a largo plazo en un hogar de ancianos o centro residencial comunitario, su apoderado no podrá admitirlo en un hogar de ancianos o centro residencial comunitario en Wisconsin para atención a largo plazo sin una orden de tutela y una orden de ingreso involuntario. El documento en sí sigue siendo válido, pero esa decisión se trata de la misma manera como si usted hubiera marcado "no" en el formulario de Wisconsin.

Si es nuevo en Wisconsin o está planeando una mudanza, puede revisar su poder para atención médica existente para asegurarse de que aún satisfaga sus necesidades e incluya la autoridad que desea que su apoderado tenga aquí. Si viaja con frecuencia o pasa parte del año en otro estado, no necesita tener documentos en ambos estados; cualquiera de los dos estará bien.

20. ¿Qué debo hacer una vez que complete mi poder para la atención médica?

Una vez completado el formulario, debe hacer copias o escanear el documento. Guarde el original en un lugar accesible (no en una caja fuerte, ya que este documento debe estar accesible para poder ser utilizado) y distribuya copias a sus proveedores de atención médica, su apoderado, sus apoderados sustitutos, su hospital y sus familiares. También puede escanearlo y enviar el archivo a su apoderado y apoderado sustituto si lo desea. Las copias son tan válidas como el original. Por una pequeña tarifa, es posible que pueda presentar una copia en el Registro de Sucesiones en el juzgado de su condado.

21. ¿Cuándo debo revisar o actualizar mi poder para la atención médica?

Recomendamos seguir las "5 D" como guía para cuándo revisar o actualizar su poder legal:

- Década: cada nueva década de su vida.
- Muerte o disputa: cuando un ser querido o un apoderado de atención médica muere o no está de acuerdo con sus preferencias.
- Divorcio – Cuando ocurre un divorcio.
  - Si ha nombrado a su cónyuge o pareja de hecho como su apoderado y se divorcia o disuelve su unión de hecho, su poder para atención médica será revocado automáticamente. Si desea que su excónyuge o pareja continúe representándolo, debe crear un nuevo poder para atención médica nombrándolo después de que el divorcio sea definitivo.
- Diagnóstico: cuando le diagnostican una enfermedad grave.
- Declive: cuando su salud comienza a deteriorarse, especialmente cuando no puede vivir por su cuenta.

Es probable que sus puntos de vista sobre su salud y calidad de vida cambien a medida que envejece. Su poder para atención médica debe tener en cuenta esos cambios y actualizarse para reflejarlos. Un poder legal para atención médica preparado cuando tenía 25 años puede o no seguir funcionando para usted a los 85 años.

22. ¿Cómo revoco un poder para la atención médica que pueda haber realizado antes?

Todas las opciones a continuación revocarán con éxito un poder legal para la atención médica existente.

- Destruir todas las copias del documento existente.
- Firmar y fechar una revocación por escrito.
- Revocar oralmente el documento en presencia de dos testigos.
- Formalizar un nuevo poder legal para atención médica. El poder legal para atención médica con la fecha más reciente es el válido.

Nota: Un poder legal para atención médica puede ser revocado en cualquier momento, incluso después de que se determine que el individuo está incapacitado.

23. ¿A quién puedo contactar si tengo algún problema o pregunta?

El Centro de Apoyo para Tutelas de Wisconsin puede responder preguntas sobre los Poderes.

Teléfono: 1-855-409-9410

Correo electrónico: [guardian@gwaar.org](mailto:guardian@gwaar.org)

Sitio web: <https://gwaar.org/gsc>

## Temas sugeridos para hablar con su apoderado de atención médica

El apoderado que designe en su Poder legal para la atención médica debe seguir sus deseos, así que debería hablar con el apoderado sobre sus creencias y deseos antes de que necesite que tome decisiones a su nombre. Le sugerimos que considere las siguientes preguntas como punto de partida para su conversación. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas". Debe considerar estas preguntas en función de sus propias creencias, valores y circunstancias, y luego transmitir sus deseos a su apoderado de atención médica para que puedan llevar a cabo sus responsabilidades como usted desearía.

Mantenga siempre informado a su apoderado sobre los cambios en su salud y cualquier cambio en sus deseos. El desempeño de su apoderado de atención médica depende de qué tan bien los haya preparado. Incluso si no completa un poder legal para la atención médica, es importante hablar de estos asuntos con familiares y amigos cercanos. Sin un poder legal, es posible que sea necesario nombrar un tutor para tomar decisiones de atención médica por usted. Un tutor puede seguir sus deseos, pero solo si se conocen sus deseos.

1. ¿Cómo se siente al firmar un documento legal que nombra a otra persona para tomar decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo? ¿Uno que diga qué tratamientos médicos desea y no desea cuando está enfermo o muriendo?
2. ¿Cómo describiría su estado de salud actual? Si actualmente tiene algún problema médico, ¿cómo lo describiría?
3. Si tiene problemas médicos actuales, ¿de qué manera, si los hay, afectan su capacidad para funcionar o su vida diaria?
4. ¿Cómo se siente con respecto a su estado de salud actual?
5. ¿Cuáles son sus objetivos actuales en cuanto a salud y tratamiento médico?
  - a. ¿Desea un tratamiento completo, con el objetivo de mantener la vida a toda costa, incluidas TODAS las medidas de mantenimiento de la vida?
  - b. ¿Desea un tratamiento selectivo, con el objetivo de intentar restaurar el funcionamiento mientras evita los cuidados intensivos, la hospitalización o la atención a largo plazo?
  - c. ¿Desea un tratamiento centrado en la comodidad, con el objetivo de maximizar la comodidad mediante el manejo de sus síntomas?
6. ¿Cree que le gustaría recibir alguno de los siguientes tratamientos médicos? En caso afirmativo, ¿en qué circunstancias?
  - a. Diálisis renal (se usa si sus riñones dejan de funcionar)
  - b. Reanimación cardiopulmonar, también conocida como RCP (se usa si su corazón deja de latir o si deja de respirar)

- c. Ventilador (se usa si no puede respirar por su cuenta)
  - d. Nutrición artificial (se usa si no puede comer alimentos)
  - e. Hidratación artificial (se usa si no puede beber líquidos)
7. ¿Dónde desea recibir atención, especialmente al final de la vida?
  8. Si tiene un proveedor de atención primaria, ¿tiene una buena relación con ellos? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Cuáles son sus preferencias sobre sus proveedores?
  9. Si tiene afecciones de salud crónicas irreversibles, como esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad/insuficiencia renal, ¿desea tratamientos adicionales si hay complicaciones o progresión de la enfermedad? ¿Cómo se siente con respecto a los tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia para el cáncer, la cirugía, las medidas para prolongar la vida, o los esfuerzos de reanimación si su corazón se detiene o si deja de respirar?
  10. Si alguna vez tiene una enfermedad cerebral irreversible, como demencia/Alzheimer, y se espera que viva mucho tiempo, ¿cuáles son sus deseos de atención y tratamiento? Considerar:
    - a. Atención preventiva (examen dental, mamografía, colonoscopia, toma de muestras de sangre, examen pélvico, examen de próstata, vacunas)
    - b. Dónde desea vivir
    - c. Visitas a la sala de emergencias y hospitalización
    - d. Alivio del sufrimiento potencial (dolor, ansiedad, dificultad para respirar)
    - e. Antibióticos
    - f. Alimentación de confort, nutrición artificial e hidratación (alimentación por sonda, líquidos intravenosos)
    - g. Cuidados paliativos
  11. ¿Qué tan importante es la independencia y el control en su vida? Si sus habilidades físicas y/o mentales disminuyen, ¿cómo afectaría eso su actitud hacia la independencia y la autosuficiencia?
  12. Si tiene una afección de salud mental, ¿cuáles son sus deseos de atención y tratamiento? Considerar:
    - a. Medicamentos que funcionan mejor para usted
    - b. Asistencia durante una crisis: objetos, personas, música, terapias que le brindan comodidad
    - c. Sus proveedores de salud mental/plan de atención

(Sin embargo, tenga en cuenta que su apoderado no puede ingresarlo en un hospital u otro centro para recibir tratamiento de salud mental).
  13. ¿Espera que sus amigos, familiares u otras personas apoyen sus decisiones con respecto al tratamiento médico que pueda necesitar ahora o en el futuro?
  14. ¿Tiene algún temor con respecto a la atención médica?

15. ¿Qué cree que será importante para usted cuando se esté muriendo (por ejemplo, comodidad física, ausencia de dolor, miembros de la familia presentes, etc.)?
16. ¿Cuál es su actitud hacia la muerte?
17. ¿Cómo se siente con respecto al uso de medidas de soporte vital (como sondas de alimentación y ventiladores) frente a una enfermedad terminal?
18. ¿Cómo se siente con respecto al uso de medidas para prolongar la vida si se encuentra en un estado vegetativo persistente (comúnmente conocido como "muerte cerebral")?
19. ¿Cómo se siente con respecto al uso de medidas para prolongar la vida frente a una enfermedad crónica irreversible (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer)?
20. ¿Cuál es su calidad de vida mínima aceptable? ¿Qué significa la calidad para usted?
21. ¿Desea donar partes de su cuerpo o todo su cuerpo en el momento de su muerte?
22. ¿Cuál es su afiliación religiosa? ¿Cómo afectan sus creencias religiosas su actitud hacia las enfermedades graves o terminales?
23. ¿Su actitud hacia la muerte encuentra respaldo en su religión?
24. ¿Cómo ve su congregación religiosa el papel de la oración o los sacramentos religiosos en una enfermedad?
25. ¿Qué desea que su apoderado le pregunte o considere al actuar en su nombre? Algunas posibles preguntas son
  - a. ¿Por qué es necesario este procedimiento o tratamiento?
  - b. ¿Cómo beneficiará mi cuidado?
  - c. ¿Hay otras alternativas u opciones razonables?
  - d. ¿Qué podría pasarme si no acepto el tratamiento?
  - e. ¿Qué resultado puedo esperar razonablemente?
  - f. ¿Cuáles son los principales riesgos?
  - g. ¿Qué es lo que puede suceder en el futuro? ¿Cuáles son los mejores y los peores resultados posibles? ¿Qué beneficios y molestias conllevará el tratamiento?
  - h. ¿Aliviará el sufrimiento, restaurará la función o mejorará la calidad de vida?
  - i. ¿Prolongará el proceso de agonía sin ofrecer beneficios?
26. ¿Qué más cree que es importante que su apoderado sepa?

## **Sugerencias adicionales para su poder legal para la atención médica**

A continuación, se enumeran ejemplos de lenguaje que podría incluirse en la sección de "disposiciones especiales" del formulario estatal sobre el poder legal para la atención médica. Muchas de las siguientes disposiciones de ejemplo utilizan la expresión "procedimientos para prolongar la vida". Muchos procedimientos podrían considerarse como procedimientos para prolongar la vida, incluido el uso de un ventilador o sondas de alimentación, transfusiones de sangre, etc. Es posible que desee considerar qué tipos de procedimientos usted personalmente considera como procedimientos para prolongar la vida (por ejemplo, antibióticos si tiene una infección grave) para que su apoderado entienda más claramente sus deseos.

### **Sus deseos sobre la eliminación de los procedimientos para prolongar la vida.**

1. No deseo que me mantengan con vida con procedimientos para prolongar la vida. Mi apoderado de atención médica puede determinar el momento de la interrupción del tratamiento.
2. Mi apoderado de atención médica puede tomar cualquier decisión necesaria sobre los procedimientos para prolongar la vida incluida la decisión de mantener o suspender la nutrición artificial y la hidratación y otros tratamientos.
3. No deseo que me mantengan con vida con equipos artificiales para prolongar la vida, incluida la nutrición o la hidratación, si estos procedimientos solo sirven para prolongar el proceso de muerte o mantenerme en un estado vegetativo persistente.
4. No iniciar ni continuar procedimientos para mantenerme con vida si mi condición es estable y no se espera que recupere mi plena capacidad funcional independiente.
5. No quiero que mi vida se prolongue artificial o forzosamente, a menos que haya alguna esperanza de que mi salud física y mental pueda ser restaurada.
6. Deseo que se elimine toda la nutrición artificial y la hidratación, excepto el tipo y la cantidad necesarios para prevenir la deshidratación y resequedad de la boca y la piel, a fin de maximizar la comodidad y minimizar los cuidados de enfermería.

### **Sus deseos sobre el uso continuo de equipos para prolongar la vida.**

1. Deseo que todos los equipos para prolongar la vida, la nutrición artificial y la hidratación se utilicen durante el mayor tiempo posible.
2. Deseo que se use cualquier tratamiento médico que prolongue mi vida, incluida la quimioterapia, el tratamiento de radiación, la diálisis renal y la nutrición y la hidratación artificial.

### **Sus deseos sobre las limitaciones de tiempo**

1. Si estoy en coma durante al menos \_\_\_\_\_ días y el coma está certificado como irreversible por un médico, ordeno que se elimine todo el equipo para prolongar la vida, incluida la nutrición artificial y la hidratación.

### **Sus deseos sobre la reanimación y otras medidas extremas para prolongar la vida.**

1. No iniciar ni continuar procedimientos para mantenerme con vida si mi condición es estable y

- no se espera que recupere mi plena capacidad funcional independiente.
2. Si la muerte es inminente, deseo que se interrumpa la respiración y que no se realice RCP.
  3. Deseo que se intente la RCP si es necesario.

**Sus deseos sobre el ingreso a un hogar de ancianos.**

1. Preferiría no ser ingresado en un hogar de ancianos (y/o centro residencial comunitario) a menos que sea absolutamente necesario y se hayan agotado todos los recursos comunitarios.
2. Prefiero quedarme en mi propia casa el mayor tiempo posible.
3. Prefiero ir a un hogar de ancianos en lugar de que mis hijos/familia me brinden atención.

**Sus deseos sobre el médico preferido y/o los centros de atención a largo plazo**

1. Si es compatible con mi tratamiento médico, prefiero ser tratado en el Hospital \_\_\_\_\_.
2. Prefiero ser tratado por el Proveedor \_\_\_\_\_, si es posible.
3. Si es necesario que me ingresen en un hogar de ancianos, preferiría (o preferiría evitar) el hogar de ancianos \_\_\_\_\_.
4. Prefiero morir en \_\_\_\_\_, si es posible.

**Sus deseos sobre la revocación de testamentos vitales anteriores.**

1. Revoco cualquier testamento vital legalizado anteriormente firmado el \_\_\_\_\_ (fecha si es posible). Mi apoderado de atención médica puede tomar la decisión de suspender o retirar los procedimientos para prolongar la vida.
2. Autorizo a mi apoderado para la atención médica a tomar todas las decisiones que no estén ya cubiertas en mi testamento vital, con el fin de cubrir aquellas situaciones en las que no padezca una enfermedad terminal y/o mi muerte no sea inminente, así como todos los procedimientos no cubiertos por mi testamento vital.

**Sus deseos sobre el alivio del dolor.**

1. Mi deseo es que el dolor se alivie en la medida de lo posible, aunque su uso pueda provocar daños físicos, adicción o incluso acelerar (pero no causar) la muerte.
2. Me gustaría que mi apoderado de atención médica autorizara todas las medidas de confort necesarias para aliviar mi dolor, incluidos los narcóticos, sin importar la posibilidad de adicción.

**Sus deseos sobre las preferencias religiosas.**

1. Deseo ser tratado en un hogar de ancianos/hospital (católico, luterano, etc.) si es posible.
2. Mi religión es \_\_\_\_\_ y me gustaría ser tratado siguiendo sus creencias y normas.
3. Deseo que se me proporcionen servicios religiosos una vez a la semana, aunque no pueda participar por completo.
4. En el caso de una situación en fase terminal o potencialmente mortal, deseo recibir los santos óleos.
5. Deseo que mi líder religioso me visite regularmente.

**Sus deseos sobre las visitas**

1. Deseo que solo X, Y y Z puedan visitarme.
2. Quiero que todos los visitantes puedan visitarme, a menos que sea incompatible con mi

tratamiento médico.

### **Sus deseos con respecto a la consulta**

1. Me gustaría que mi apoderado de atención médica consultara con \_\_\_\_\_ antes de tomar cualquiera de mis decisiones de atención médica.
2. Deseo que mi apoderado de atención médica mantenga a mi familia informada de mi condición médica.
3. Me gustaría que mi apoderado de atención médica y mi(s) apoderado(s) sustituto(s) se comunicaran y se apoyaran mutuamente.

## **Instrucciones paso a paso para completar el Poder legal para la atención médica de Wisconsin.**

Estas instrucciones deben utilizarse junto con el documento correspondiente al poder legal para la atención médica creado por el poder Legislativo de Wisconsin. La versión actual se revisó en febrero de 2020; las versiones anteriores siguen vigentes.

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con el Centro de Apoyo para Tutelas al [1-855-409-9410](tel:1-855-409-9410) o [guardian@gwaar.org](mailto:guardian@gwaar.org). También puede leer el "Poder legal para la atención médica: una descripción general", incluido en este paquete.

### **Antes de llenar**

- Lea la información "A quien corresponda" que acompaña al formulario.
- Lea atentamente todo el documento de poder legal, incluyendo el lenguaje con respecto a la notificación en la página 1. Asegúrese de entender la autoridad que le está dando a otra persona.
- Seleccione su apoderado. Debe ser alguien de su confianza que pueda asumir la responsabilidad de la toma de decisiones de atención médica. No puede seleccionar a su médico, enfermera, empleado de su centro de atención médica o cónyuge de ninguna de estas personas, A MENOS QUE esta persona también sea un pariente. Considere a un pariente cercano o amigo, alguien que lo conozca bien, que sea un firme defensor suyo y que se asegure de que se respeten sus preferencias.
- Hable con esta persona sobre sus preferencias con respecto a la atención médica, creencias religiosas, inquietudes sobre su calidad de vida, etc., utilizando como guía los documentos adjuntos "Temas sugeridos para hablar con su apoderado de atención médica" y "Sugerencias para su poder legal para la atención médica." Pregúntele a esa persona si aceptaría la responsabilidad de actuar en su nombre si alguna vez fuera necesario.



- Seleccione un apoderado sustituto y hable con él o ella sobre tus preferencias.

## **COMPLETAR EL FORMULARIO**

Los números de página se encuentran en la parte inferior derecha de cada página del formulario y se mencionarán a lo largo de la guía.

### **Página 1**

No hay información que rellenar, pero por favor lea la página completa.

### **Página 2**

ESPERE a poner la fecha en la parte superior de la segunda página hasta el día en que la firme.

IMPRIMA su nombre, dirección y fecha de nacimiento después de “Yo”, en la parte superior de la segunda página.

IMPRIMA el nombre, la dirección y el número de teléfono de su apoderado (incluya el código de área), a mitad de la segunda página, en el primer espacio en blanco debajo de “ DESIGNACIÓN DE APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA”. Si la persona es un familiar, indique el parentesco entre paréntesis, después del nombre, por ejemplo, “(hija)”. Recuerde, solo puede designar a UNA persona como Apoderado.

En el siguiente espacio en blanco, ESCRIBA el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que ha seleccionado como APODERADO SUSTITUTO. Si desea designar sustitutos adicionales, puede anotar su información en las instrucciones especiales o en un anexo que incluya con el documento.

### **Página 3**

En la **página 3, bajo INGRESO A HOGARES DE ANCIANOS O CENTROS RESIDENCIALES COMUNITARIOS**, decida si desea que su Apoderado tenga autoridad para ingresarlo a un hogar de ancianos o centro residencial comunitario (CBRF) para cuidados a largo plazo. Marque la casilla SÍ o NO para cada una.

- Si usted marca SÍ, su apoderado podrá hacerlo sin necesidad de acudir a los tribunales. Eso les ahorrará tiempo, dinero y algo de angustia emocional a usted y a su familia. Por otro lado, el proceso judicial está diseñado para protegerle y para garantizar que realmente necesite estar en un hogar de ancianos o en un centro residencial comunitario. Decida si se siente cómodo dándole ese poder a su apoderado. Recuerde: su apoderado debe seguir sus deseos, lo que significa que, si usted se opone a la admisión en un centro, su apoderado no podrá ingresarlo, aunque haya marcado esta casilla.

- Si marca NO o deja las preguntas en blanco, su apoderado no tendrá esa autoridad. Si usted no es competente en ese momento, será necesario un procedimiento judicial antes de que pueda ser admitido en un hogar ancianos o en un centro residencial comunitario para cuidados a largo plazo.

#### **Página 4**

En la **sección SUMINISTRO DE SONDA DE ALIMENTACIÓN** en la página 4, decida si desea que su apoderado tenga autoridad para mantener o retirar las sondas de alimentación.

- Si marca SÍ, su apoderado tendrá la autoridad para decidir retirar o mantener la sonda de alimentación de acuerdo con cualquier otro deseo que haya expresado.
- Si marca NO o si lo deja en blanco, su apoderado tendrá que solicitar una orden judicial antes de poder tomar esta decisión.

Una *sonda de alimentación* es una "sonda médica a través de la cual se administra nutrición o hidratación en la vena, el estómago, la nariz, la boca u otra abertura corporal". Es importante comprender que una "sonda de alimentación" puede utilizarse para administrar tanto nutrición como hidratación.

Si también completa un testamento vital, asegúrese de que sus dos documentos no entren en conflicto.

En la **sección DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES EMBARAZADAS**, en la mitad de la página 4, marque si desea que su apoderado tenga autoridad para tomar decisiones sobre la atención médica en caso de que usted esté embarazada.

Esto se aplica a todas las decisiones relacionadas con la atención médica, no solo a las decisiones relativas al embarazo. Por ejemplo, si usted sufre un accidente automovilístico mientras está embarazada y queda inconsciente, alguien debe decidir si se le deben fijar los huesos rotos.

Si le preocupa que su apoderado tome una decisión sobre el aborto, puede considerar marcar SÍ, pero aclarar su posición sobre el aborto ("siempre", "nunca", "solo en ciertas circunstancias", etc.) en la siguiente sección. Una vez más, si marca NO o lo deja en blanco, su apoderado no tendrá la autoridad para tomar *ninguna* decisión por usted si más adelante queda embarazada, ya sea relacionada con el embarazo o no. Si no puede quedar embarazada, puede escribir que NO SE APLICA.

En la **sección DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES ESPECIALES O LIMITACIONES** de la página 4, puede agregar cualquier otra consideración o deseo que quiera que su apoderado tenga en cuenta. Asegúrese de que todo lo que incluya sea legible. Algunas opciones pueden ser indicaciones sobre sus creencias acerca de los procedimientos para prolongar la vida, autopsias, elección de proveedor o centro de atención médica, o cualquier preferencia para

recibir cuidados a largo plazo en su propio hogar o en un hogar de ancianos.

Este es también el lugar para aclarar, establecer limitaciones o explicar con más detalle cualquiera de las preguntas anteriores de “SÍ” o “NO”. Por ejemplo, podría considerar la posibilidad de condicionar el ingreso a un hogar de ancianos indicando su preferencia por la asistencia domiciliaria en vez de un hogar de ancianos. O bien, puede utilizar este espacio para indicar qué decisiones puede tomar su apoderado si posteriormente queda embarazada, o las circunstancias en las que su apoderado puede decidir que se mantengan o retiren las sondas de alimentación. Hay otros ejemplos de posibles frases para esta sección en este paquete.

Si tiene más información que insertar de la que cabe en los espacios, 1) imprima “ver anexo separado” en este espacio, 2) utilice una hoja aparte, titulada “*Anexo al Poder Legal para la Atención Médica de (su nombre)*”, y 3) imprima (o escriba) sus disposiciones adicionales. Este anexo debe tener la misma fecha que el documento de poder legal y debe firmarse y certificarse exactamente igual que el poder legal.

## **FIRMA Y TESTIGO**

### **PÁGINA 5**

En presencia de ambos testigos, debe poner la fecha en la parte superior de la página 2 y firmar y poner la fecha el poder legal en la página 5. Usted y sus dos testigos deben firmar el documento al mismo tiempo. Inserte la misma fecha justo después de su nombre. Luego, haga firmar a sus dos testigos, tal como se indica en el formulario.

Reglas relativas a los testigos: Un testigo NO PUEDE ser:

- |  |   |
|--|---|
| 1) Su apoderado o apoderado(s) sustituto(s).   | 6) Un empleado de su proveedor de atención médica   |
| 2) Una persona que tiene derecho a su patrimonio o que reclama parte de este.        | 7) Un empleado de un centro de atención médica para pacientes hospitalizados en el que usted sea paciente |
| 3) Parentesco por consanguinidad, matrimonio o adopción.                             |   |
| 4) Alguien que tenga responsabilidad financiera directa sobre el cuidado de su salud | Sin embargo, para (6) y (7) un capellán o trabajador social pueden ser testigos.                          |
| 5) Su proveedor de atención médica   |   |

### **Página 6**

Aquí es donde su Apoderado y su Apoderado Sustituto firman para reconocer esta

responsabilidad. No es un requisito para crear un Poder legal válido, pero se recomienda. No necesitan firmar al mismo tiempo que usted.

Inserte su propio nombre en los dos primeros espacios en blanco bajo **DECLARACIÓN DE APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y APODERADO SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA**.

Haga que su apoderado y apoderado sustituto firmen e imprimen su dirección en los espacios en blanco apropiados. Luego puede llevar o enviar el formulario a su apoderado y apoderado sustituto para sus firmas. No se requieren testigos.

La sección titulada **REGALOS ANATÓMICOS** en la página 6 es opcional. No tiene que completar esta sección para que su Poder legal para la atención médica sea válido. Si está interesado en donar ciertos órganos o partes de su cuerpo o todo su cuerpo, o si desea aclarar que no desea hacer ningún regalo anatómico, puede usar esta sección para hacerlo. O puede dejarlo en blanco, lo que no implica ninguna suposición sobre sus preferencias.

### **DESPUÉS DE QUE SE COMPLETE**

Haga varias copias del formulario o escanéelo para que pueda imprimirse más tarde. Las copias son tan válidas como el original. Mantenga siempre las páginas 1-6 juntas. Las páginas "A quién corresponda" se pueden archivar o descartar.

Recuerde: este formulario debe ser accesible, ya que es necesario para demostrar que su apoderado está autorizado para tomar decisiones.

No lo guarde en una caja de seguridad donde no se pueda acceder.

Entregue una copia a su médico de cabecera o clínica y a su hospital (si es necesario) o pídale que la escaneen y la incluyan en su historia clínica. Hable con su proveedor sobre su elección de apoderado, así como sobre sus preferencias en materia de atención médica, tal y como se indica en el formulario. Pídale a su proveedor que respete sus preferencias y respete su elección de apoderado, si alguna vez surge la situación.

Entregue también copias del formulario completado a su apoderado y a su apoderado sustituto, o ponga a su disposición una copia escaneada. Guarde el original en un lugar seguro en su casa (ignore el comentario del formulario estatal que dice que debe entregar el original a su médico; usted debe conservar el original y entregar una copia a su médico, o bien este puede optar por escanearlo y devolvérselo). Por una pequeña tarifa, es posible que pueda presentar una copia en el Registro de Sucesiones en el juzgado de su condado.

Hable con familiares cercanos sobre su elección de apoderado y sus preferencias en materia de atención médica. Pídeles también que respeten su elección de apoderado y sus decisiones y que respeten esas decisiones, si alguna vez surge la situación.

**¡Felicitaciones!**

Ahora ha completado su Poder legal para la atención médica.

## Comparación del testamento vital y el poder legal de Wisconsin para la atención médica.

### Testamento vital (Declaración a los profesionales de la salud), cap. 154 de las Leyes de Wisconsin.

### Poder legal para la atención médica, cap. 155 de las Leyes de Wisconsin.

¿Qué es?	Documento firmado por un paciente que da instrucciones a los profesionales de la salud que le brindan atención bajo ciertas circunstancias.	Documento firmado por un "poderdante" que designa a otra persona como "apoderado" para tomar decisiones de atención médica para el poderdante.
Cuando se convierte en vigente	Cuando dos profesionales de la salud, uno de los cuales debe ser médico, examinan personalmente al paciente y firman una declaración en la que afirman que se encuentra en "fase terminal" y que la muerte es inminente o que se encuentra en "estado vegetativo persistente".	Cuando dos médicos (o un médico y un profesional médico de práctica avanzada tales como una enfermera practicante, un asistente médico o un psicólogo) examinan personalmente al paciente y firman una declaración de que están incapacitados (no pueden tomar decisiones sobre la atención médica).
Estados de salud bajo los cuales este documento está vigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>"Fase terminal" y muerte inminente; o</li> <li>Estado vegetativo persistente.</li> </ul>	En cualquier momento en el que se encuentre incapacitado <b>Un poder legal es más completo que un testamento porque cubre más situaciones.</b>
Procedimientos cubiertos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos para "prolongar la vida" que se utilizarán o se mantendrán/retirarán si se encuentra en "estado vegetativo persistente".</li> <li>Sondas de alimentación que se utilizarán o se mantendrán/retirarán si está en un "estado terminal" o en "estado vegetativo persistente".</li> </ul>	Casi cualquier cosa. El apoderado puede consentir o rechazar el procedimiento. <i>Se debe conferir autoridad específicamente para:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Internamiento a largo plazo en hogares de ancianos o centros residenciales comunitarios.</li> <li>Mantener/retirar sonda de alimentación</li> <li>Tiene efecto continuo durante el embarazo.</li> </ul>
No se aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ni en "fase terminal" ni en "estado vegetativo persistente"; o</li> <li>Fase terminal pero muerte no inminente; o</li> <li>Embarazada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia de electroshock;</li> <li>Tratamiento de salud mental experimental, medicamentos y tratamiento; y</li> <li>Admisión a centros psiquiátricos, ciertos centros de tratamiento o centros de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual.</li> </ul>
Uso de formularios alternativos	Permitido; no se requiere usar el formulario estatal.	Permitido; no se requiere usar el formulario estatal.
Individuos que pueden actuar como apoderado(s) o apoderado(s) sustitutos	<b>NO SE APLICA</b>	Cualquier persona que no sea proveedor de atención médica, empleado de un proveedor o centro donde sea paciente o residente, el cónyuge del proveedor/empleado, a menos que también sea pariente. Por lo general, un familiar o amigo cercano.
Requisitos para ser testigo	Dos personas desinteresadas. <u>No</u> puede ser: pariente, persona que heredará o tiene derecho de reclamo sobre el patrimonio, es responsable financiero directo del cuidado de la salud del paciente, es proveedor de atención médica/empleado del centro (excepto trabajador social o capellán).	Dos personas desinteresadas. <u>No</u> puede ser: pariente, persona que heredará o tiene derecho de reclamo sobre el patrimonio, es responsable financiero directo del cuidado de la salud del paciente, es proveedor de atención médica/empleado del centro (excepto trabajador social o capellán).
Distribución y almacenamiento	Firme el original y saque varias copias. Copias para el médico/clínica, hospital, un miembro de la familia. Guarde el original en un lugar seguro en su hogar; puede presentar una solicitud en el Registro de Sucesiones por una pequeña tarifa. Complete la billetera digital.	Firme el original y saque varias copias. Copias para el médico/clínica, hospital, un miembro de la familia. Guarde el original en un lugar seguro en su hogar; puede presentar una solicitud en el Registro de Sucesiones por una pequeña tarifa. Complete la billetera digital.

<b>Procedimientos para revocar el documento</b>	1) Destruya todas las copias; 2) Revocación por escrito firmada y fechada; 3) Revocación oral con notificación al médico; 4) Legalizar una nueva Declaración; o 5) Revocar con Poder legal para la atención médica	1) Destruya todas las copias; 2) Revocación por escrito firmada y fechada; 3) Revocación oral en presencia de 2 testigos; o 4) Legalizar un nuevo poder legal para la atención médica
<b>Dónde obtenerlo</b>	<a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/adformspoa.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/advdirectives/adformspoa.htm</a> o para obtener formularios con instrucciones y materiales con información, visite <a href="https://gwaar.org/guardianship-resources">https://gwaar.org/guardianship-resources</a> o llame al (855) 409-9410.	