

Voluntad Anticipada Para Carolina del Norte

Un Formulario Práctico para Todos los Adultos

Introducción

Este formulario le permite expresar sus deseos acerca de su cuidado médico en un futuro y de guiar las decisiones sobre ese cuidado. No se refiere a las decisiones financieras. Aunque no existe ningún requisito legal por el cual usted deba tener una voluntad anticipada, el completar este formulario puede ayudarle a recibir la asistencia médica que usted desea.

Si tiene 18 años de edad o más y es capaz de tomar y comunicar decisiones de asistencia médica, puede usar este formulario.

Este formulario tiene tres partes. Puede llenar sólo la Parte A, o la Parte B o ambas Partes A y B. Para hacer que esta voluntad anticipada sea legalmente efectiva, debe completar la Parte C de este formulario. Por favor, conserve las cinco páginas de este formulario y comparta las cinco páginas del mismo con sus seres queridos o proveedores de atención médica.

Este formulario cumple con los requisitos de la ley de Carolina del Norte (NCGS § 32A-15 a 32A-27 y § 90-320 a 90-321) para un Poder Notarial de Atención Médica y Testamento en Vida válidos.

Parte A: Poder Legal Para Cuidado Médico

- 1. ¿Qué es un poder legal para cuidado médico?** Un poder legal para cuidado médico es un documento legal en el que usted nombra a otra persona, llamada "apoderado de la asistencia médica," para tomar decisiones de atención médica por usted en caso que usted no pueda tomar esas decisiones por si solo.
- 2. ¿Quién puede ser un apoderado de salud?** Cualquier persona en su completa disposición que tenga al menos 18 años de edad y que no sea su proveedor de atención médica remunerado(a) puede ser su apoderado de cuidado médico.
- 3. ¿Cómo debe usted elegir a su apoderado de asistencia médica?** Debe elegir a su apoderado de asistencia médica con mucho cuidado, porque esa persona tendrá amplia autoridad para tomar decisiones sobre su cuidado médico. Un buen apoderado de asistencia médica es alguien que le conoce bien, está disponible para representarlo cuando es necesario y está dispuesto a cumplir sus deseos. Es muy importante hablar con su apoderado de asistencia médica acerca de sus metas y deseos para su futuro cuidado médico, para que él o ella sepa qué cuidado desea.
- 4. ¿Qué decisiones puede tomar su apoderado de asistencia médica?** A menos que usted limite el poder de su apoderado de asistencia médica en la Sección 2 de la Parte A de este formulario, su apoderado de asistencia médica puede tomar todas las decisiones de atención médica por usted, incluyendo:
 - iniciar o detener medidas de prolongación de la vida
 - decisiones sobre el tratamiento de salud mental
 - elegir a sus médicos e instalaciones
 - revisar y compartir su información médica
 - autopsias y disposición de su cuerpo después de la muerte
- 5. ¿Puede su apoderado de asistencia médica donar sus órganos y tejidos después de su muerte?** Sí, si decide darle a su apoderado de asistencia médica este poder en el formulario. Para ello, debe marcar con sus iniciales la declaración en la Sección 3 de la Parte A.
- 6. ¿Cuándo será efectivo este poder autenticado?** Este documento será efectivo si su médico determina que usted ha perdido la capacidad de tomar sus propias decisiones de asistencia médica.

Patient Label
placed here

An Advance Directive
for North Carolina

REVISED 9/22 PAGE 1 OF 5 N-7055



7. **¿Cómo puede revocar este poder legal de asistencia médica?** Si usted está en su completa disposición, puede revocar este poder legal de asistencia médica de cualquier manera que haga claro su deseo de revocarlo. Por ejemplo, usted puede destruir este documento, escribir "sin validez" a lo largo de este documento, decirle a su médico que está revocando el documento o completar un nuevo poder legal de atención médica.
8. **¿Quién toma las decisiones de asistencia médica si no nombro a un apoderado de atención médica y no soy capaz de tomar mis propias decisiones?** Si no tiene un apoderado de atención médica, la ley de Carolina del Norte requiere que los proveedores de asistencia médica busquen a las siguientes personas, en el orden que se indica a continuación: tutor legal; un abogado en virtud de un poder autenticado (PA) si ese PA incluye el derecho de tomar decisiones de cuidado médico; un esposo o esposa; la mayoría de sus padres e hijos adultos; la mayoría de sus hermanas y hermanos adultos; o un individuo que tenga una relación establecida con usted, que está actuando de buena fe y que puede transmitir sus deseos. Si no hay nadie, la ley permite que su médico tome decisiones por usted mientras otro médico esté de acuerdo con esas decisiones.

Parte B: Testamento en Vida

1. **¿Qué es un testamento en vida?** En Carolina del Norte, un testamento en vida le permitirá expresar su deseo de no recibir medidas de prolongación de la vida en cualquiera o todas de las siguientes situaciones:
 - Usted tiene una condición que es incurable la cual resultará en su muerte dentro de un corto período de tiempo.
 - Usted está inconsciente, y sus médicos están seguros que usted no podrá recuperar la conciencia.
 - Tiene demencia avanzada u otra pérdida sustancial e irreversible de la función mental.
2. **¿Qué son las medidas de prolongación de la vida?** Las medidas de prolongación de la vida son tratamientos médicos que sólo servirían para posponer la muerte, incluyendo máquinas de respiración, diálisis renal, antibióticos, alimentación por sonda (nutrición artificial e hidratación) y formas similares de tratamiento.
3. **¿Pueden detenerse las medidas de prolongación de la vida sin un testamento en vida?** Sí, en ciertas circunstancias. Si usted es capaz de expresar sus deseos, usted puede rechazar las medidas de prolongación de la vida. Si usted no puede expresar sus deseos, entonces el permiso se debe obtener de los individuos que están tomando decisiones en su nombre.
4. **¿Qué sucede si desea recibir alimentación por sonda (nutrición artificial e hidratación)?** Usted puede expresar su deseo de recibir la alimentación por sonda en todas las circunstancias. Para ello, debe marcar con sus iniciales la declaración en la Sección 2 de la Parte B.
5. **¿Cómo puede anular este testamento en vida?** Usted puede anular este testamento en vida declarando claramente o escribiendo de cualquier manera clara lo que usted desea hacer. Por ejemplo, puede destruir el documento, escribir "sin validez" en el documento, decirle a su médico que está revocando el documento o completar un nuevo testamento en vida.

Parte C: Cómo completar este documento

Para hacer que esta voluntad anticipada sea legalmente efectiva, las tres secciones de la Parte C del documento deben ser llenadas.

1. Espere hasta que estén presentes dos testigos y un notario público, luego firme y escriba la fecha en el documento.
2. Dos testigos deben firmar y escribir la fecha en el documento en la Sección 2 de la Parte C. Estos testigos no pueden:
 - estar emparentados con usted por sangre o matrimonio,
 - ser sus herederos o una persona nombrada para recibir una porción de su herencia en su testamento,
 - ser alguien que tenga una demanda contra usted o contra su patrimonio o
 - ser su médico, otro proveedor de atención médica o un empleado de un hospital donde usted es un paciente, o un empleado de un hogar de ancianos u hogar para cuidado de adultos donde usted vive.
3. El notario debe ser testigo de estas firmas y debe autenticar el documento en la Sección 3 de la Parte C.



Parte B: Testamento en Vida

Si no desea preparar un testamento en vida, tache esta hoja y escriba sus iniciales aquí _____.

Mi Nombre es: _____

(Por favor Letra de Molde)

Mi Fecha de Nacimiento es: ____/____/____

1. Si no puedo tomar o comunicar decisiones acerca del cuidado médico, deseo que mi vida no se prolongue con medidas de prolongación de la vida en las siguientes situaciones (puede marcar con sus iniciales cualquiera o todas estas opciones):

____ (iniciales) Tengo una condición que no se puede curar y que resultará en mi muerte dentro de un período relativamente corto de tiempo.

____ (iniciales) Pierdo el conocimiento y mis médicos consideran que, con un alto grado de seguridad médica, nunca volveré a recuperar mi conciencia.

____ (iniciales) Yo sufro de demencia avanzada o cualquier otra condición que resulta en la pérdida sustancial de mi capacidad de pensar, y mis médicos consideran que, con un alto grado de seguridad médica, esto no va a mejorar.

2. ____ (iniciales) A pesar de que no quiero que mi vida se prolongue por otras medidas de prolongación de la vida en las situaciones que he marcado en la sección 1 anterior, **DESEO** recibir la alimentación de tubo en esas situaciones (escriba sus iniciales aquí sólo si usted desea alimentación por tubo en esas situaciones).

3. **Deseo que se me brinde la mayor comodidad posible.** Quiero que mis proveedores de salud me mantengan tan limpio, cómodo y libre de dolor como sea posible, a pesar de que este cuidado pueda apresurar mi muerte.

4. **Mis proveedores de atención médica pueden confiar en este testamento en vida para detener o suspender las medidas de prolongación de la vida en las situaciones que he marcado anteriormente.**

5. Si he designado un apoderado de asistencia médica en la Parte A de esta voluntad anticipada o un documento similar, y ese apoderado de asistencia médica da instrucciones que difieren de los deseos expresados en este testamento en vida, entonces: (NOTA: marque con sus iniciales **SÓLO UNA** de las dos opciones de abajo):

____ (iniciales) **Cumpla este testamento en vida.** Mi apoderado de asistencia médica no puede tomar decisiones que sean diferentes a las que he declarado en este testamento en vida.

____ (iniciales) **Obedezca al apoderado de asistencia médica.** Mi apoderado de asistencia médica tiene la autoridad para tomar decisiones que son diferentes a las que he indicado en este testamento en vida.

Patient Label
placed here

An Advance Directive
for North Carolina

REVISED 9/22 PAGE 4 OF 5 N-7055



Parte C: Cómo llenar este documento (¡Espere hasta que dos testigos y un notario público estén presentes antes que firme!)

1. Su Firma:

Estoy mentalmente alerta y en completa disposición, y estoy plenamente informado sobre el contenido de este documento.

Fecha: _____ Firma: _____

2. Firmas de Testigos:

Por la presente declaro que la persona nombrada arriba, _____, estando en mente sana, firmó (o dirigió otra para firmar en nombre de la persona) el documento precedente en mi presencia. No estoy emparentado(a) con la persona en sangre o matrimonio, y no tendría derecho a ninguna parte de la herencia de la persona bajo cualquier voluntad existente o anexo de la persona o como un heredero bajo la ley, si la persona muriera en esta fecha sin un testamento. No soy el médico asistente de la persona. No soy un proveedor de atención médica con licencia o un proveedor de tratamiento de salud mental quien es (1) un empleado del médico a cargo o proveedor de tratamiento de salud mental de la persona, (2) un empleado del centro de salud en el que la persona es un paciente o (3) un empleado de un asilo de ancianos o cualquier hogar de cuidado adulto donde reside la persona. No tengo ninguna demanda contra la persona o el patrimonio de la persona.

Fecha: _____ Firma del Testigo: _____

Fecha: _____ Firma del Testigo: _____

3. Notarización:

CONDADO, _____ ESTADO, _____

Jurado (o afirmado) y suscrito ante mí este día por:

_____ (Nombre del firmante. Escribir a máquina/letra de molde)

_____ (Nombre del testigo. Escribir a máquina/letra de molde)

_____ (Nombre del testigo. Escribir a máquina/letra de molde)

Fecha: _____
(Sello Oficial) Firma del Notario Público

_____, Notario Público
Nombre a máquina/letra de molde

Mi cargo caduca: _____

Patient Label
placed here

**An Advance Directive
for North Carolina**

