

SOUTH CAROLINA

ATENCIÓN DE LA SALUD PODER DE ABOGADO

Información acerca de este documento

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, USTED DEBE SABER ESTOS HECHOS IMPORTANTES:

1. ESTE DOCUMENTO LE DA A LA PERSONA QUE USTED NOMBRE COMO SU AGENTE EL PODER DE TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA POR USTED SI USTED NO PUEDE TOMAR LA DECISIÓN POR SÍ MISMO. ESTE PODER INCLUYE LA FACULTAD DE TOMAR DECISIONES SOBRE TRATAMIENTO QUE SUSTENTA LA VIDA. A MENOS QUE SE ACERCA DE SU CUIDADO DE SALUD LO QUE QUIERAS.
2. ESTE PODER ESTÁ SUJETO A LAS LIMITACIONES O LAS DECLARACIONES DE SUS DESEOS QUE SE INCLUYEN EN ESTE DOCUMENTO. USTED PUEDE AFIRMAR EN ESTE DOCUMENTO CUALQUIER TRATAMIENTO QUE NO DESEAN O TRATAMIENTO QUE DESEE ESTAR SEGURO DE QUE RECIBE. EL AGENTE ESTARÁ OBLIGADO A SEGUIR LAS INSTRUCCIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SU NOMBRE. PUEDE ADJUNTAR PÁGINAS ADICIONALES SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA COMPLETAR LA DECLARACIÓN.
3. DESPUÉS DE HABER FIRMADO ESTE DOCUMENTO, USTED TIENE EL DERECHO DE TOMAR DECISIONES SOBRE SALUD PARA USTED SI USTED ESTÁ MENTALMENTE CAPACITADO PARA HACERLO. DESPUÉS DE HABER FIRMADO ESTE DOCUMENTO, EL TRATAMIENTO PUEDE SER DADA A USTED O DEJÓ DE SU OBJECCIÓN SI ESTÁ MENTALMENTE COMPETENTE PARA HACER esa decisión.
4. USTED TIENE EL DERECHO A REVOCAR ESTE DOCUMENTO, Y TERMINAR SU AGENTAUTORIDAD, POR INFORMAR A SU AGENTE O SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA EN FORMA VERBAL O POR ESCRITO.
5. SI HAY ALGO EN ESTE DOCUMENTO QUE USTED NO ENTIENDA, DEBE PEDIRLE A UN TRABAJADOR SOCIAL, ABOGADO, O DE CUALQUIER OTRA PERSONA QUE SE LO EXPLIQUE.
6. ESTE PODER NO SERÁ VÁLIDA A MENOS QUE DOS PERSONAS firmen COMO TESTIGOS. CADA UNA DE ESTAS PERSONAS DEBE SER TESTIGOS DE SU FIRMA DE LA ESCRITURA DE PODER O SER TESTIGOS DE SU RECONOCIMIENTO DE QUE LA FIRMA EN EL PODER ES SUYO.

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO TESTIGOS:

- A. SU CÓNYUGE, SUS HIJOS, NIETOS Y OTROS DESCENDIENTES LINEALES; SUS PADRES, ABUELOS Y OTROS ANTEPASADOS LINEALES; SUS HERMANOS Y SUS DESCENDIENTES LINEALES; O UN CÓNYUGE DE CUALQUIERA DE ESTAS PERSONAS.
- B. UNA PERSONA QUE ES DIRECTAMENTE ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE DE SU ASISTENCIA MÉDICA.

C. Una PERSONA QUE SE LLAMA EN SU VOLUNTAD(TESTAMENTO), O, SI NO TIENE VA, QUIEN HEREDARÍA SU PROPIEDAD POR LA SUCESIÓN INTESTATE.

D. Un BENEFICIARIO DE UNA POLÍTICA DE SEGUROS DE VIDA DE SU VIDA.

E. LAS PERSONAS LLAMADAS EN LA PROCURACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA COMO SU AGENTE(REACTIVO) DEL SUCESOR O EL AGENTE.

F. SU MÉDICO O UN EMPLEADO DE SU MÉDICO.

G. CUALQUIER PERSONA QUE TENDRÍA UNA RECLAMACIÓN CONTRA CUALQUIER PARTE DE SU FINCA(ESTADO) (PERSONAS A QUIEN DEBE EL DINERO).

SI USTED ES UN PACIENTE EN UN CENTRO DE SALUD, NO MÁS DE UN TESTIGO PUEDE SER UN EMPLEADO DE LA INSTALACIÓN.

7. SU AGENTE DEBE SER UNA PERSONA QUE TIENE 18 AÑOS DE EDAD O MÁS Y EN SU SANO JUICIO. PUEDE QUE NO SEA SU MÉDICO O CUALQUIER OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD QUE SE ESTÁ OFRECIENDO CON EL TRATAMIENTO, O UN EMPLEADO DE SU PROVEEDOR O MÉDICO; O EL CÓNYUGE DE LA MÉDICO, PROVEEDOR O EMPLEADO, A MENOS QUE LA PERSONA ES UN PARIENTE CERCANO.

8. USTED DEBE INFORMAR A LA PERSONA QUE USTED QUIERE QUE ÉL O ELLA SEA SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA. USTED DEBE HABLAR SOBRE ESTE DOCUMENTO CON SU AGENTE Y SU MÉDICO Y DARLE A CADA UNO DE ELLOS UNA COPIA FIRMADA. SI USTED ESTÁ EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN DE LA SALUD O DE UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA, UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO SE DEBE INCLUIR EN SU REGISTRO MÉDICO.

SOUTH CAROLINA CUIDADO DE LA SALUD PODER NOTARIAL

1. LA DESIGNACIÓN DE AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, por este medio nombrar:
(Principal)

(Nombre del agente) _____

(Dirección del agente) _____

Teléfono _____: Casa: _____ trabajo: _____ celular: _____

como mi agente para hacer decisiones de atención médica para mí según lo he autorizado en este documento.

Agente sucesor: Si un agente nombrado por mí muere, queda legalmente incapacitada dimite, se niega a actuar, de estar disponible, o si un agente que es mi cónyuge divorciado o separado de mí, nombrar las siguientes como sucesores a mi agente, cada uno a actuar solo y sucesivamente, en ese orden:

A. primer agente alterno: _____

Dirección: _____

Teléfono _____: Casa: _____ trabajo: _____ celular: _____

B. segundo agente alterno: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____: Casa: _____ trabajo: _____ celular: _____

Indisponibilidad de agente (s): Si en cualquier momento relevante del agente o agentes sucesor nombrados aquí son incapaces o reacios a tomar decisiones sobre mi atención médica y esas decisiones deben ser hechas por un tutor, por la corte de legalización de un testamento, o por un sustituto conforme a la ley de consentimiento de cuidado de la salud para adultos, es mi intención que el guarda, corte testamentaria, o sustituto de tomar esas decisiones según las indicaciones de mis como se indica en este documento.

2. FECHA Y DURABILIDAD

Por este documento que pretendo crear un poder notarial eficaz sobre y solamente Durante cualquier período de incapacidad mental, excepto por lo estipulado en el Párrafo 3 siguiente.

3. HIPAA AUTORIZACIÓN

Cuando considerando o decisiones de cuidado de la salud para mí, toda la información de salud identificable individualmente y registros médicos se liberarán sin restricción a mi agente sanitario o mi agente sanitario alternativo mencionado incluyendo, pero sin limitarse a, (i) diagnóstico, tratamiento, otros cuidados de salud y relacionados presente o futura salud física o mental incluyendo condición, pero no limitado a, diagnóstico o con seguros y registros financieros e información relacionada con cualquier pasado, tratamiento de VIH/SIDA, sexually transmitted disease(s), enfermedad mental o abuso de alcohol o drogas y (ii) cualquier dictamen escrito referente a mi salud que tales agentes de salud o agentes de salud alternativas puede haber solicitado. Sin limitar la generalidad de lo anterior, esta autoridad de liberación se aplica a toda la información de salud y registros médicos regidos por la portabilidad de la información de salud y la ley de responsabilidad de 1996 (HIPAA), 42 USC 1320 d y 45 CFR 160-164; es efectivo o no estoy mentalmente competente; no tiene caducidad Fecha; y se extinguirá sólo en caso de que revocar la autoridad en la escritura y lo entregan a mi proveedor de atención médica.

4. PODERES DE AGENTE

Admito que mi plena autoridad del agente para tomar decisiones por mí sobre mi atención médica. En el ejercicio de esta autoridad, mi agente deberá seguir mis deseos como indicado en este documento o de otra manera expresada por mí o a mi agente. En la toma de cualquier decisión, mi agente deberá intentar discutir la decisión propuesta conmigo para determinar mis deseos si soy capaz de comunicarse de alguna manera. Si mi agente no puede determinar la decisión que me gustaría, mi agente deberá tomar una decisión para mí basado en lo que mi agente cree estar en mis intereses. Autoridad de mi representante para interpretar mis deseos pretende ser lo más amplio posible, salvo limitaciones que puedo estado abajo.

Por consiguiente, a menos que específicamente limitada por las disposiciones que se especifica a continuación, mi representante está autorizado como sigue:

A. para consentir, rechazar o retirar su consentimiento a cualquier tipo de atención médica, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, procedimientos de diagnóstico, corporal, incluyendo, pero sin limitarse a, respiración artificial, apoyo nutricional y la hidratación y la resucitación cardiopulmonar;

B. para autorizar o denegar a cualquier medicamento o procedimiento destinado a aliviar el dolor, aunque puede conducir a daños físicos, adicción, o acelerar el movimiento, pero no intencionalmente causa, mi muerte;

C. para autorizar mi admisión a o descarga, incluso contra el Consejo médico, de cualquier hospital, cuidado de enfermería instalaciones, o instalaciones similares o servicio;

D. para tomar cualquier medida necesaria para hacer, documentando y asegurando la implementación de las decisiones relativas a mi cuidado de salud, incluyendo, pero sin limitarse a, conceder cualquier renuncia o liberación de responsabilidad requerido por cualquier hospital, médico, atención de enfermería proveedor u otro proveedor de atención médica; firmar todos los documentos relativos a la denegación de tratamiento o la salida de un centro contra el Consejo médico; y perseguir cualquier acción legal en mi nombre y a expensas de mi finca para forzar el cumplimiento de incumplimiento.

E. los poderes otorgados anteriormente no incluyen las siguientes atribuciones o están sujetos a las siguientes reglas o limitaciones:

5. donación (único inicial)

Mi agente puede____; No puede____consentir a la donación de todos o alguno de mis tejidos u órganos con fines de trasplante.

6. EFECTO SOBRE LA DECLARACION DE UN DESEO DE MUERTE NATURAL (VIDA)

Entiendo que si hay una declaracion valida de la voluntad de una muerte natural, las Instrucciones contenidas en la Declaracion se dara efecto en cualquier situacion a la que son Aplicables. Mi agente no tendra autoridad para tomar decisions sobre mi atencion medica, Solo en situaciones en que la Declaracion no se aplica.

7. DECLARACIÓN(AFIRMACIÓN) DE DESEOS ACERCA DE TRATAMIENTO QUE SOSTIENE LA VIDA.

Con respecto a cualquier Tratamiento que sostiene la Vida, dirijo lo siguiente:

(INICIAL SÓLO UN DE LOS 3 PÁRRAFOS SIGUIENTES)

A: _____SUBVENCIÓN DE DISCRECIÓN A REACTIVO. No quiero que mi vida se prolongue, ni hago quiero que el tratamiento que sostiene la vida se proporcione o se siga si mi agente cree que las cargas de tratamiento pesan más que las ventajas esperadas. Quiero que mi agente(reactivo) considere el alivio de sufrimiento, mis creencia personales, el gasto implicado y la calidad así como la extensión posible de mi vida en tomar decisiones acerca del tratamiento que sostiene la vida.

O

B: _____DIRECTIVA PARA RETENER O RETIRAR TRATAMIENTO. No quiero que mi vida se prolongue y no quiero el tratamiento que sostiene la vida:

- a. Si tengo una condición que es incurable o irreversible y, sin la administración(dirección) de procedimientos que sostienen la vida, esperó causar la muerte dentro de un período relativamente corto del tiempo;
- b. Si estoy en un estado de la inconsciencia permanente.

O

C: _____ DIRECTIVA PARA TRATAMIENTO MÁXIMO. Quiero mi vida que se prolongue en la mayor medida posible, dentro de los estándares de la práctica médica aceptada, sin tener en cuenta mi condición, las posibilidades que tengo para la recuperación, o el costo de los procedimientos.

8. **DECLARACIÓN DE LOS DESEOS CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN POR Sonda**
Con respecto a la nutrición e hidratación proporcionados por medio de una sonda asogástrica o un tubo en el estómago, los intestinos o las venas, deseo aclarar que en situaciones donde el tratamiento para prolongar la vida está siendo retenida o retirada con arreglo al artículo 7:

(INICIAL SÓLO UNO DE LOS SIGUIENTES 3 PÁRRAFOS)

A: _____ PODER DE DISCRECIÓN AL AGENTE. No quiero mi vida que se prolongue por sonda de alimentación si mi agente cree las cargas de la alimentación por sonda son mayores que los beneficios esperados. Quiero que mi agente a considerar el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, los gastos involucrados y la calidad, así como la posible extensión de mi vida al tomar esta decisión.

O

B: _____ DIRECTIVA A DENEGAR O RETIRAR EL TUBO DE ALIMENTACIÓN. No quiero mi vida prolongada por alimentación por sonda.

O

C: _____ DIRECTIVA PARA LA PROVISIÓN DE ALIMENTACIÓN POR Sonda. Quiero alimentación por sonda para proporcionarse dentro de los estándares de la práctica médica aceptada, sin tener en cuenta mi condición, las posibilidades para la recuperación o el costo del procedimiento y sin importar si están siendo retenidos otras formas de tratamiento para prolongar la vida o se retira.

SI NO FIRMA CON LAS INICIALES NINGUNA DE LAS DECLARACIONES(AFIRMACIONES) EN EL ARTICULO 8, SU AGENT(REACTIVO) NO TENDRA LA AUTORIDAD PARA MANDAR QUE NUTRICION E HIDRATACION NECESARIA PARA CARE DE COMODIAD O ALIGERAMIENTO DEL DOLOR SE RETIRE.

9. ADMINISTRATIVAS

A. revocar cualquier previo poder cuidado de la salud y las disposiciones relativas a la salud de cualquier otro antes de poder.

B. este poder está diseñado para que sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presenta.

MEDIANTE LA FIRMA DE AQUÍ QUIERO INDICAR QUE YO ENTIENDO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y EL EFECTO DE ESTA CONCESIÓN DE PODERES A MI AGENTE

Firmo mi nombre a este cuidado de la salud poder en este día _____ de _____, 20____,

Mi domicilio actual es: _____

Firma del obligado principal: _____

Imprimir el nombre del Director: _____

Declaro, basándose en información y creencia, que la persona que firmó o reconoció este documento (el director) es conocida personalmente por mí, que él mismo firmó o reconoció este poder cuidado de la salud en mi presencia, y que se aparece en su sano juicio y bajo coacción, fraude ni influencia indebida. No esté relacionado con el director por sangre, matrimonio o adopción, ya sea como un cónyuge, un antepasado lineal, descendiente de los padres de la Directora, o de cualquiera de ellos. No soy directamente responsable financieramente para recibir atención médica de la directora. Yo no tengo derecho a cualquier parte de la sucesión tras su fallecimiento, sea bajo cualquier voluntad o como un heredero por sucesión intestada, ni soy el beneficiario de una póliza de seguro de vida de la Directora, ni tengo un reclamo contra la sucesión a partir de este tiempo. No soy médico a cargo de la Directora, ni un empleado del médico tratante. No más de uno de los testigos es un empleado de un centro de salud en el que el director es un paciente. No me asignaron como agente de salud o salud sucesor por este documento.

Testigo Nº 1

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Testigo N° 2

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

(Esta parte del documento es opcional y no es necesario para crear un poder médico válido).

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR

CONDADO DE _____,

El instrumento anterior reconoció ante mí por el director

20 _____.

Notario público para Carolina del sur _____

Mi Comisión se vence: _____