

**PODER PARA LA TOMA DE  
DECISIONES SOBRE LA SALUD  
(DELEGACIÓN DE PODERES AL  
REPRESENTANTE LEGAL DE UN MENOR O  
ADULTO INCAPACITADO)**

Soy el representante legal del menor o adulto incapacitado mencionado abajo ('paciente') y por consiguiente ejecuto este poder (o delegación de poderes) al agente designado abajo para tomar todas las decisiones que por otra parte tengo la facultad de hacer en relación la atención médica del paciente. La delegación del poder se hace porque estoy discapacitado, incapacitado o imposibilitado cuando se necesita tal consentimiento. Esta delegación no se ve afectada por mi subsiguiente discapacidad o incapacidad. Reconozco que soy responsable de todos los costos originados en la atención de la salud y en los tratamientos que se le den al paciente bajo esta delegación

Este poder estará en vigencia durante seis (6) meses o un año si soy un miembro activo de las Fuerzas Armadas, desde la fecha en que mi firma es notariada por un fedatario y será válido para todos en los que recae este poder o hasta que por escrito revoque el poder o este expire.

\_\_\_\_\_  
Nombre legal completo en imprenta del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre legal completo en imprenta del agente designado nro. 1

\_\_\_\_\_  
Nombre legal completo en imprenta del agente designado nro. 2

\_\_\_\_\_  
Domicilio del agente designado

\_\_\_\_\_  
Domicilio del agente designado

\_\_\_\_\_  
Teléfonos del agente designado

\_\_\_\_\_  
Teléfonos del agente designado

Como representante legal del paciente, acuerdo dar el siguiente poder al agente designado:

**Marcar sólo uno:**

- Delego, sin limitaciones, todas las responsabilidades parentales que yo mismo podría realizar, incluyendo dar o rechazar consentimientos a tratamientos médicos, estudios radiográficos, anestesia, diagnóstico clínico y quirúrgico y tratamientos, admisión hospitalaria y alta hospitalaria, acceso a las historias clínicas y otros asuntos relacionados con las necesidades de atención clínica del paciente.
- Sólo delego las responsabilidades parentales específicas mencionadas a continuación: \_\_\_\_\_

Firmo este poder y declaro ante juramento a la autoridad que firma más abajo que firmo y ejecuto este instrumento de poder y que lo firmo por mi propia voluntad o que voluntariamente dirijo a otro que firme por mí y que lo ejecuto libre y voluntariamente con el propósito expresado en el poder y que soy uno de los padres o representante legal del paciente en mi sano juicio y de no estar bajo coacción influencias indebidas.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal, en imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente





PODER PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA SALUD (DELEGACIÓN DE PODERES AL REPRESENTANTE LEGAL DE UN MENOR O ADULTO INCAPACITADO)

Para el testigo:

Yo, el testigo, firmo este poder y declaro a la autoridad que firma abajo que el representante legal firma y ejecuta este instrumento como poder y que lo firma voluntariamente y que, a mi mejor saber y entender, lo hace en su sano juicio sin estar bajo coacción influencias indebidas.

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en imprenta

(Nota: El testigo podría no ser el agente designado, el agente del cónyuge ni del niño, una persona vinculada al progenitor o guardián por lazos de sangre, matrimonio o adopción, por quien toma las decisiones de salud del paciente, el fedatario o la persona que atiende al paciente en el momento de la firma).

Notarizado:

Estado de Arizona
Condado de

En el día de de 20 ante mí personalmente comparecieron (imprimir el nombre del que firma o del representante legal) cuya identidad he comprobado en base a documentación satisfactoria de ser la persona cuyo nombre suscribe este documento y que manifestó firmar el documento en forma voluntaria.

Mi matrícula expira el de 20. Fedatario público



## **Poder para la toma de decisiones de salud y el tratamiento de un menor**

¿Por qué su niño debiera tener un poder para la toma de decisiones de salud? (delegación de poder a un representante legal de un menor o adulto incapacitado):

### **¿Por qué es importante tener un poder para la toma de decisiones de salud para el tratamiento médico del niño?**

Los padres no siempre están disponibles para llevar a los niños a las consultas médicas, por ejemplo si están de vacaciones o en el trabajo. Phoenix Children's Hospital (PCH) no puede legalmente atender a menores (de 18 años) durante las emergencias si uno de los padres o el representante legal no están presentes, a menos que los padres hayan otorgado el permiso. También puede limitar el propósito del poder a algo muy específico (por ejemplo; llevar al niño de vacaciones, o autorizar tratamientos médicos específicos)

### **¿Para qué sirve el poder para la toma de decisiones de salud?**

El documento de PCH para este poder sirve para cumplir con uno de los siguientes objetivos según lo especifiquen los padres o el representante legal:

- Autorizar a PCH para la atención directa del paciente si el padre o representante legal no está presente.
- Designar a un tercero para autorizar atención y tratamiento de un menor.
- Autorizar la difusión de la información protegida de salud del menor a quien se designe, que podría necesitarse para tomar decisiones según estén determinadas en el documento.

Los padres o representante legal pueden asignar a una o más personas para reemplazarlos en su ausencia.

### **¿Quién puede completar el poder para la toma de decisiones de salud?**

Uno de los padres, debe firmar el documento completo frente a un fedatario y otro testigo. El testigo también puede firmar. El fedatario necesita una foto de identificación del padre o representante legal y del testigo. Hacer notarizar por lo menos dos copias del poder: una para cada uno de los agentes designados y otra para los padres que otorgan el poder. Hacer varias copias del poder ya que probablemente deberá dar una copia a cada persona u organización con la que se relacione en representación del niño. Muéstreles el original y deles la copia. Guarde el original en un lugar seguro.

### **¿Puede el padrastro o la madrastra del niño autorizar la atención médica si no firmaron un poder para la toma de decisiones en salud?**

No, los padrastros no son considerados representantes legales. Si no firmaron un poder, debemos comunicarnos con uno de los padres o representante legal antes de dar atención médica en las emergencias.

## **Si no firmé el poder, ¿el niño recibirá atención médica en una emergencia?**

Sí. Legalmente, los profesionales de la salud podrían tratar a menores sin el consentimiento de los padres en emergencias médicas. El profesional de la salud utilizará su criterio para determinar si el niño necesita atención en una emergencia.

## **Tengo más de un niño. ¿Tengo que completar más de un poder para las decisiones de salud?**

Sí. Debe completar y firmar un poder para cada niño.

## **¿Por cuánto tiempo es válido el poder?**

Los padres o el representante legal pueden determinar la duración del poder para que sea válido, pero no puede ser mayor de seis meses o un año si los padres o el representante legal son miembros activos de las fuerzas armadas. Una vez que el poder expira debe firmar otro y entregarlo a PCH. La sección 14-5104 del Código de Arizona esencialmente autoriza a los padres a designar a una persona para que tome decisiones en lugar del padre en relación a un menor de edad.

## **¿Puedo retirar o revocar el poder en cualquier momento, aún antes de la fecha de expiración?**

Sí. Los padres y el representante legal pueden revocar el Poder para la Toma de Decisiones de Salud en cualquier momento enviando una nota escrita a:

*Manager of Health Information* (Gerente de Información de Salud)  
Phoenix Children's Hospital  
1919 East Thomas Road  
Phoenix, AZ 85016  
(602) 933 -1490

## **¿Con quién hablo si tengo preguntas?**

Para más información, comunicarse con:

*Manager of Patient Access* (Gerente para la Disponibilidad de Servicios Médicos)  
Phoenix Children's Hospital  
1919 East Thomas Road  
Phoenix, AZ 85016  
(602) 933 -1199 o (602) 933 -1911