

## **Poder para la atención médica**

### ***Designar un agente para la atención médica en el estado de Nueva York***

*La Ley de Apoderados para la atención médica de Nueva York le permite designar alguien en quien confía — por ejemplo, un miembro de su familia o un amigo cercano — para tomar decisiones por usted si pierde la capacidad de tomar decisiones por sí mismo. Al designar un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que los profesionales médicos respeten sus deseos. Su agente puede decidir también cómo se pueden aplicar sus deseos a medida que su enfermedad cambie. Los hospitales, doctores y otros profesionales médicos deben seguir las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted puede darle a la persona a la que escoge como su agente de atención médica, poca o mucha autoridad, como lo prefiera usted. Usted puede permitir a su agente tomar las decisiones sobre su atención médica o sólo unas determinadas. Usted también puede dar a su agente instrucciones que él o ella tiene que seguir. Este formulario se puede utilizar para documentar sus deseos o instrucciones con relación a la donación de órganos o tejidos.*

### **Acerca del formulario para el poder de la atención médica**

Este es un documento legal importante. Antes de firmar, usted debería comprender los siguientes hechos:

1. Este formulario da a la persona que usted escoge como su agente, la autoridad de tomar todas las decisiones de su atención médica por usted, incluso la decisión de sacar o dar tratamiento de mantenimiento de vida, a menos que usted lo indique de otra forma en este formulario. “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar una enfermedad mental o física.
2. A menos que su agente sepa sus deseos acerca de la nutrición e hidratación artificiales (alimentación y agua suministradas por el tubo de alimentación o línea intravenosa), a él o ella no se le permitirá rechazar o autorizar esas medidas por usted.
3. Su agente comenzará a tomar decisiones por usted cuando su doctor determine que usted no está capacitado para tomar decisiones relacionadas con su atención médica por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario, ejemplos de tipos de tratamientos que no le gustaría que le hicieran o aquellos tratamientos que usted quiere asegurarse de que recibirá. Estas instrucciones pueden usarse para limitar el poder de decisión del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones cuando tome las decisiones por usted.
5. Usted no necesita un abogado cuando complete este formulario.
6. Usted debe elegir un adulto (18 años o más), que puede ser un miembro de su familia o un amigo cercano para que sea su agente. Si usted elige un doctor para que sea su agente, él o ella, tendrá que escoger entre ser su agente o el médico que lo atiende porque un doctor no puede hacer las dos cosas a la misma vez. También, si usted es un paciente o residente de un hospital, residencia para ancianos o institución mental, hay ciertas restricciones acerca de nombrar a alguien que trabaja para esa institución como su agente. Pregúntele al personal de esa institución que le explique esas restricciones.
7. Antes de elegir a alguien como su agente de atención médica, hablelo con él o ella para asegurarse de que quiere ser su agente de atención médica. Dígale a la persona que elija que él o ella va a ser su agente de atención médica. Hablen de sus deseos sobre el cuidado médico y este formulario con su agente. Asegúrese de darle una copia firmada. A su agente no se lo puede demandar por las decisiones que toma en cuanto a sus cuidados médicos si lo hace de buena fe.
8. Si usted ha nombrado a su cónyuge como su agente de cuidados médicos, y luego se divorcia o se separa legalmente, su anterior cónyuge no puede ser su agente según lo indica la ley, a menos que usted determine otra cosa. Si usted prefiere que su ex cónyuge siga siendo su agente, puede anotarlo en este formulario y ponerle la fecha o completar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.
9. A pesar de que usted ha firmado este formulario, usted tiene el derecho de tomar las decisiones relacionadas con los cuidados médicos con la condición de que así pueda hacerlo, y no se le puede administrar o interrumpir un tratamiento si usted lo objeta, ni tampoco su agente tiene poder para objetarlo.
10. Usted puede cancelar la autoridad dada a su agente diciéndole al profesional médico oralmente o por escrito.
11. La designación de un agente es voluntaria. A nadie se le requiere nombrar a alguien.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones relacionados con la donación de órganos o tejidos en este formulario.

## Preguntas frecuentes

### **¿Por qué debería elegir un agente para la atención médica?**

Si usted está impedido, aún en forma temporal, para tomar las decisiones relacionadas con la atención médica, alguien debe decidirlo por usted. Los profesionales médicos a menudo buscan a los familiares como guías. Los miembros de la familia pueden expresar que ellos creen que su voluntad está relacionada con un tratamiento específico. Sin embargo, en el estado de Nueva York, sólo un agente de atención médica que usted elige tiene la autoridad legal de tomar decisiones con respecto a su tratamiento, si usted no puede hacerlo. La designación de un agente le permite controlar su tratamiento médico:

- al permitirle a su agente a que tome las decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre como a usted le gustaría que lo decidieran;
- al elegir una persona para tomar las decisiones relacionadas con la atención médica porque usted piensa que la persona tomaría las mejores decisiones;
- al elegir una persona para evitar conflictos o confusiones entre los miembros de su familia o su pareja.

Usted también puede elegir un agente suplente para hacerse cargo si su primera opción no puede tomar decisiones por usted.

### **¿Quién puede ser un agente para la atención médica?**

Cualquier persona de 18 años o mayor puede ser su agente de atención médica. La persona que usted elige como su agente o su agente suplente no pueden firmar como testigos en el formulario de Apoderados para la atención médica.

### **¿Cómo elijo un agente de atención médica?**

Todos los adultos competentes, de 18 años o mayores, pueden elegir una agente de atención médica al firmar un formulario llamado Poder para la Atención Médica. Usted no necesita un abogado o notario, sólo dos testigos adultos. Su agente no puede firmar como un testigo. Usted puede usar el formulario impreso aquí pero no tiene que usarlo.

### **¿Cuándo puede mi agente empezar a tomar decisiones relacionadas con la atención médica por mí?**

Su agente de atención médica podría comenzar a tomar decisiones sobre su atención médica después de que su doctor decida que usted no puede tomar sus propias decisiones. Mientras usted pueda tomar estas decisiones, usted tendrá el derecho de hacerlo.

### **¿Qué decisiones puede tomar mi agente de atención médica?**

A menos que limite la autoridad de su agente de atención médica, su agente puede tomar cualquier decisión relacionada con su atención médica si usted no puede hacerlo. Su agente puede estar de acuerdo que usted debería recibir tratamiento, elige entre distintos tipos de tratamientos y decide qué tratamientos no se le deberían suministrar, de acuerdo con sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente sólo puede tomar decisiones acerca de la nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministrada por un tubo de alimentación o línea intravenosa) si él o ella sabe sus deseos según lo que usted le dijo o ha escrito. El formulario de Poder para la Atención Médica no le da a su agente el poder de tomar decisiones no relacionadas con su atención médica, por usted, como decisiones financieras.

### **¿Por qué necesito designar un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

La designación de un agente de atención médica es una buena idea a pesar de que usted no sea anciano ni tenga una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en nombre suyo si usted no puede tomar sus propias decisiones sobre su cuidados médicos por un tiempo (como por ejemplo si le ocurriera estar con anestesia general o entrado en coma debido a un accidente). Cuando usted pueda volver a tomar sus propias decisiones relacionadas con su atención médica, su agente no tendrá más autorización para actuar en su nombre.

usted debería hablar con la persona acerca de los tipos de tratamientos que a usted le gustaría o no tener en ciertas circunstancias, como:

- si usted quiere o no que le desconecten/conecten/ el respirador si está en coma irreversible;
- si usted quiere que le comiencen/continúen/interrumpan tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si le gustaría que lo pongan o mantengan con hidratación y nutrición artificiales o que se continúe o interrumpa según los distintos tipos de circunstancias.

### **¿Mi agente de atención médica puede cambiar mis deseos o instrucciones de tratamiento anteriores?**

No. Su agente está obligado a tomar las decisiones en base a sus deseos. Si usted expresa claramente sus deseos específicos, o le dio instrucciones especiales sobre algún tratamiento, su agente tiene la obligación de seguir esos deseos o instrucciones a menos que él o ella tenga una base de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o no son aplicables a estas circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi agente?**

Todos los hospitales, residencias de ancianos, doctores y otros profesionales médicos, están obligados por ley a proporcionarle a su agente de atención médica, la misma información que le darían a usted y respetar las decisiones

## Preguntas frecuentes, *continuación*

de su agente como si las hubiera tomado usted. Si un hospital o residencia de ancianos objeta algunas de las opciones de tratamiento (como interrumpir cierto tipo de tratamiento) ellos deben decírselo a usted o a su agente ANTES de que lo internen, si es posible.

**¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deben tomar decisiones?**

Usted puede elegir un agente suplente que decida por usted si su agente de atención médica no está disponible, o no puede hacerlo o no quiere actuar cuando se necesita tomar decisiones. Si este no es el caso, los profesionales médicos tendrán que tomar las decisiones relacionadas con su atención médica por usted para seguir las instrucciones que usted dio cuando todavía podía hacerlo. Cualquier instrucción que escriba en el formulario de Poder para la Atención Médica guiará a los profesionales médicos en estas circunstancias.

**¿Qué sucede si cambio de opinión?**

Es fácil cancelar su Poder para la Atención Médica, para cambiar la persona que ha elegido como su agente de atención médica o para cambiar algunas instrucciones o limitaciones que aparecen en el formulario. Simplemente complete un formulario nuevo. Además, usted puede indicar en el Poder para la Atención Médica si vence en una fecha determinada o si suceden ciertos hechos. Si esto no ocurre, el Poder para la Atención Médica tiene validez indefinida. Si usted elige a su cónyuge como suplente, y se divorcia o se separa legalmente, la designación se cancela automáticamente. Sin embargo, si a usted le gustaría que su ex cónyuge siga siendo su agente, usted puede anotarlo en el formulario actual y ponerle la fecha o completar un formulario nuevo nombrando a su ex cónyuge.

**¿Mi agente de atención médica puede ser responsable legalmente por las decisiones que tome en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no puede ser responsable legal por decisiones que tome con relación a su atención médica si lo ha hecho de buena fe en su nombre. También, él o ella no puede ser responsable por los costos de su cuidados médicos, sólo porque sea su agente.

**¿El Poder de atención médica es el mismo que el de las instrucciones para no prolongar la vida?**

No. Las instrucciones para no prolongar la vida es un documento que proporciona instrucciones específicas sobre las decisiones sobre la atención médica. Usted puede poner esas instrucciones en el formulario de poder. Este Poder le permite elegir a alguien en quien confía para que tome decisiones médicas en su nombre. A diferencia de las instrucciones para no prolongar la vida, el Poder de Atención Médica no requiere que usted sepa por adelantado todas las decisiones que podrían

sucedir. En cambio, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambien y puede tomar decisiones que usted no podría haber sabido que habría tomado.

**¿Dónde debería guardar el formulario de Poder para la atención médica luego de que se firma?**

Déle una copia a su agente, su doctor, su abogado y cualquier miembro de su familia o amigo cercano que usted quiera. Guarde una copia en su cartera o billetera o con otros papeles importante, pero no en un lugar al que nadie tenga acceso, como una caja fuerte. Tenga una copia con usted cuando lo internen en el hospital, aún para una cirugía menor, o si tiene una cirugía ambulatoria.

**¿Puedo usar el formulario de Poder para la Atención Médica para expresar mis deseos acerca de la donación de órganos o tejidos?**

Sí. Use la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de Poder para la Atención Médica y asegúrese de que haya tenido dos testigos. Puede especificar que sus órganos y tejidos se pueden utilizar para trasplante, investigación o propósitos educativos. Cualquier limitación(es) asociadas con sus deseos deberían anotarse en esta sección de poder. No incluir sus deseos e instrucciones en el formulario de Poder para la Atención Médica no significará que se va a entender como que usted no quiere ser un donante de órganos o tejidos.

**¿Mi agente de atención médica puede tomar decisiones por mí acerca de la donación de órganos y tejidos?**

No. El poder de un agente de atención médica para tomar decisiones médicas en nombre de otros termina con la muerte. Anotar sus deseos en el formulario de Poder para la Atención Médica le permite establecer claramente sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos.

**¿Quién autoriza a una donación si eligo no determinar mis deseos en este momento?**

Es importante que anote sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos para que los miembros de su familia a los que se les va a preguntar sobre la donación, sepan su voluntad. Sin embargo, la Ley de Nueva York proporciona una lista de personas que están autorizadas para consentir la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están en lista en orden de prioridad: su cónyuge, una hija o hijo de 18 años o mayor, cualquiera de sus padres, un hermano o hermana de 18 años o mayor, un curador elegido por el tribunal antes de la muerte del donante, o cualquier persona autorizada legalmente.

# Instrucciones para el formulario de Apoderados para la Atención Médica

## Punto (1)

Escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que está eligiendo como su agente.

## Punto (2)

Si usted quiere elegir un agente suplente, escriba el nombre, domicilio y número de teléfono de la persona que está seleccionando como su agente suplente.

## Punto (3)

Su Poder para la Atención Médica tendrá validez indeterminada a menos que usted establezca una fecha de vencimiento o condición para su vencimiento. Esta sección es opcional y se debería presentar sólo si usted quiere que su Poder para la Atención Médica venza.

## Punto (4)

Si usted tiene instrucciones para su agente, escríbalas aquí. Además, si usted desea limitar la autoridad de su agente de alguna forma, puede hacerlo aquí o hablarlo con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, se le permitirá a su agente que tome las decisiones relacionadas con su salud que usted podría haber tomado, incluso la decisión de autorizar o rechazar tratamiento para el mantenimiento de la vida.

Si usted quiere darle amplia autoridad a su agente, puede hacerlo mediante este formulario. Simplemente escriba: He hablado sobre mis deseos con mi agente de atención médica mi agente suplente y ellos conocen mis deseos, incluso aquellos que están relacionados con la nutrición y la hidratación artificiales.

Si usted desea dar instrucciones más específicas, podría decir:

*Si contraigo alguna enfermedad terminal, yo quiero/no quiero recibir los siguientes tipos de tratamiento....*

*Si estoy en coma o tengo poca capacidad para comprender, sin esperanzas de recuperarme, entonces quiero/no quiero los siguientes tipos de tratamiento:....*

*Si tengo daño cerebral, o desarrollo alguna enfermedad en el cerebro que no me permite reconocer gente o hablar y no hay esperanzas de que mi estado mejore, yo quiero/no quiero los siguientes tipos de tratamientos:....*

*He hablado con mi agente sobre mis deseos acerca \_\_\_\_\_ y quiero que mi agente tome todas las decisiones relacionadas con estas medidas.*

Aquí se enumeran los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales yo quiero dar instrucciones especiales a mi agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicación antipsicótica
- terapia de choques eléctricos
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplantes
- transfusiones sanguíneas
- abortos
- esterilización

## Punto (5)

Usted debe fechar y firmar este formulario de Apoderados para la Atención Médica. Si usted no puede firmarlo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de poner su domicilio.

## Punto (6)

Usted puede establecer sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y tejidos en este formulario. Un agente de atención médica no puede tomar decisiones acerca de la donación de órganos y tejidos porque la autoridad de su agente termina cuando usted fallece. La ley permite que ciertas personas, en orden de prioridad, autoricen la donación de órganos y tejidos en su nombre: su cónyuge, un hijo o hija de 18 años o mayor, un hermano o hermana de 18 años o mayor, un tutor nombrado por un juez antes del fallecimiento del donante u otra persona que tenga autorización legal.

## Punto (7)

Dos testigos mayores a 18 años deben firmar este formulario de Apoderados para la Atención Médica. La persona que fue designada como su agente o agente suplente no pueden firmar como testigos.

## Poder para la atención médica

**(1) Yo,** \_\_\_\_\_

por la presente designo \_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio y número telefónico)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para tomar decisiones relacionadas con la atención médica en mi nombre, excepto si lo limito de otra manera. Este poder tendrá vigencia sólo cuando y si no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones relacionadas con mi cuidados médicos.

**(2) Opcional: Agente suplente**

Si la persona que designo no se encuentra disponible, no quiere hacerlo o no puede actuar como mi agente de atención médica, por medio de la presente designo a \_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio y número de teléfono)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención médica en mi nombre, excepto si las limito de otra manera.

**(3) A menos que revoque este poder o que establezca una fecha de vencimiento o circunstancias en las cuales pueda vencer, el mismo tendrá vigencia indeterminada. (Opcional: si quiere que venza este poder, determine la fecha y las condiciones aquí).** Este poder vencerá (especifique la fecha o las condiciones): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(4) Opcional:** Instruyo a mi agente de atención médica que tome decisiones relacionadas con mi salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él o ella sabe o como se indica debajo. (Si usted quiere limitar la autoridad de su agente en la toma de decisiones o quiere darle instrucciones específicas, usted puede determinar sus deseos o limitaciones aquí). Yo instruyo a mi agente de atención médica para que tome decisiones sobre mi salud de acuerdo con las siguientes instrucciones y/o limitaciones (adjunte más páginas si es necesario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para que su agente pueda tomar decisiones relacionadas con su atención médica en su nombre acerca de la nutrición e hidratación artificiales (nutrición y agua suministradas a través de un tubo de alimentación o intravenosa), su agente debe saber sus deseos. Usted puede decirle a su agente cuáles son sus deseos o puede incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones para la muestra de idiomas que puede utilizar si elige incluir sus deseos en este formulario, incluso sus deseos con relación a la nutrición e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación (tenga la bondad de escribir con letra de imprenta)**

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos o ambos**

A continuación hago un obsequio anatómico que entrará en vigor en el momento de mi muerte, de: (marcar el cuadro pertinente)

- Órganos o tejidos o ambos que se necesita  
 Los órganos o tejidos o ambos siguientes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Limitaciones \_\_\_\_\_

Si no indica sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos o tejidos o ambos en este formulario, no se considerará que no desea hacer una donación o evitar que una persona, autorizada por la ley, dé su consentimiento para la donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de los testigos** *(Los testigos deben tener un mínimo de 18 años de edad y no pueden ser el tutor ni el tutor alternativo para la atención médica).*

Declaro que conozco personalmente a la persona que firma este documento y tengo la impresión de que es una persona de mente clara y actúa por voluntad propia. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) testigo 1  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

Nombre del(de la) testigo 2  
*(letra de imprenta)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **TESTAMENTO EN VIDA Y PODER DE ASISTENCIA SANITARIA DEL ESTADO DE NUEVA YORK**

Yo \_\_\_\_\_, estando en mi sano juicio, hago esta declaración como directiva para seguirse si me vuelvo permanentemente incapaz de participar en decisiones respecto a mi cuidado médico. Estas instrucciones reflejan mi firme y asentado resolución a rehusar tratamiento médico de acuerdo con las circunstancias indicadas abajo.

Yo dirijo a mi médico atendente y a otro personal médico que retengan o retiren tratamiento que sirve solamente a prolongar el proceso de mi fallecimiento, si estoy en una condición mental o físicamente incurable o irreversible sin expectativa razonable de recuperarme.

Estas instrucciones se aplican si estoy: (a) en condiciones terminales; (b) permanentemente inconsciente; o (c) si estoy consciente pero con lesión cerebral irreversible y nunca recuperaré la capacidad de tomar decisiones y expresar mis deseos.

Yo dirijo que el tratamiento se limite a medidas para mantenerme cómodo/a y aliviar el dolor, incluso cualquier dolor que pueda ocurrir al retener o retirar tratamiento. Aunque entiendo que no me es requerido legalmente ser específico/a sobre tratamientos futuros, si estoy en las condiciones descritas arriba, tengo el firme deseo que se sigan mis instrucciones sobre los tratamientos a continuación:

**No quiero resucitación cardíaca.**  
**No quiero respiración mecánica.**  
**No quiero alimentación artificial.**  
**No quiero antibióticos.**  
**Quiero el máximo alivio del dolor.**  
**Otras instrucciones (indique instrucciones particulares):**

---

---

---

## **YO, POR LA PRESENTE, NOMBRO A**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

como mi agente de asistencia sanitaria, que puede tomar todas las decisiones de asistencia sanitaria para mí conforme a las directivas que he declarado en este documento. Dirijo a mi agente que tome decisiones de asistencia sanitaria de acuerdo con mis deseos e instrucciones como afirmo arriba, o según otra información que sepa él o ella. También dirijo a mi agente que se atenga a cualquier limitación de su autoridad como afirmo arriba, o según otra información que sepa él o ella.

En caso de que mi agente de asistencia sanitaria esté incapaz, desinclinado/a, o indisponible para servir en esa capacidad, **designo como mi agente sustituto/a de asistencia sanitaria** (con los mismos poderes que he enumerado hasta ahora).

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que, a menos que yo revoque este testamento en vida y poder de asistencia sanitaria, permanecerá en vigor por tiempo indefinido.

Estas directivas atestiguan mi derecho legal de rehusar tratamiento, según las leyes del Estado de Nueva York. A menos que yo haya revocado este documento o que haya indicado de otra manera claramente y explícitamente que he cambiado de parecer, es mi intención inequívoca que mis instrucciones expuestas en este documento sean realizadas fielmente.

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Afirmación de los Testigos (Deben tener 18 años o más)**

Yo declaro que conozco a la persona que firmó este documento, y se manifiesta estar en su sano juicio, y está actuando por su propia voluntad. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**MANTENGA ESTE ORIGINAL FIRMADO EN CASA CON SUS DOCUMENTOS PERSONALES. DÉ COPIAS DEL ORIGINAL FIRMADO A SU MÉDICO, A SU FAMILIA, A SU ABOGADO Y A OTROS QUE PUEDAN INTERVENIR EN SU CUIDADO.**