



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

Apply Patient Label

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 a 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 ni 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)

Apply Patient Label

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 ni 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 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 Phoenix Children's 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.



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

Apply Patient Label

## **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 Phoenix Children's. 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 escriba a:

*Manager of Health Information* (Gerente de Información de Salud)  
Phoenix Children's  
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  
1919 East Thomas Road  
Phoenix, AZ 85016  
(602) 933-1199 o (602-933-1911)