

HILLSIDE MEDICAL GROUP

12881 I35 N, Live Oak, TX 78233 • 210-742-6555 • www.hillside-medicalgroup.com

Poder para la Atención Médica

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA • CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE TEXAS §166.164 • FORMULARIO 05/2024

QUÉ HACE ESTE FORMULARIO

Este formulario nombra a la persona (su "representante") que usted desea que tome decisiones médicas por usted si alguna vez no puede tomarlas. Es la voluntad anticipada más útil de tener en el expediente.

CÓMO COMPLETARLO

1. Escriba el nombre, la dirección y el teléfono de la persona que elige como su representante.
2. Si lo desea, nombre a uno o dos representantes sustitutos por si su primera opción no puede servir.
3. Indique cualquier límite a la autoridad de su representante (opcional).
4. Lea la Declaración sobre la Divulgación y luego firme.

La autoridad de su representante comienza solo cuando su médico certifica por escrito que usted no puede tomar sus propias decisiones. Su representante NO puede consentir servicios voluntarios de salud mental en régimen de hospitalización, tratamiento convulsionante, psicocirugía ni aborto.

CÓMO HACERLO VÁLIDO

Firme el formulario de UNA de estas dos maneras:

- Ante un notario público (notary public), O
- Ante dos testigos adultos competentes.

Un testigo no puede ser: su representante, un familiar por consanguinidad o matrimonio, alguien con derecho a parte de su patrimonio, su médico responsable o su empleado, una persona con un reclamo sobre su patrimonio, ni (si es empleado del centro) alguien que le brinde atención directa o un funcionario/administrador del centro.

Este documento no puede modificarse. Para hacer cambios, complete un nuevo Poder para la Atención Médica.

¿Necesita ayuda para completarlo? Hillside puede programar una visita de enfermería para guiarle paso a paso. Pregunte en recepción o llame al 210-742-6555 para agendar.

CUANDO TERMINE

- Entregue una copia a su equipo de atención de Hillside para que se agregue a su expediente médico.
- Guarde el original. Entregue copias a su representante, su familia y cualquier hospital que utilice.
- Puede actualizar o cancelar este formulario en cualquier momento completando uno nuevo.

Poder para la atención médica (MPOA) para el nombramiento del representante de atención médica

Ley de Voluntad Anticipada (ver la sección 166.164 del Código de Salud y Seguridad)

Yo, _____ (escriba su nombre) nombro a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

como mi representante para tomar cualquier y todas las decisiones de atención médica en mi nombre, excepto donde yo indique lo contrario en este documento. Este poder para la atención médica entrará en vigor si ya no puedo tomar decisiones sobre mi atención médica y esta determinación la ratifica por escrito mi médico.

Las limitaciones de la autoridad para la toma de decisiones de mi representante son las siguientes:

Designación de un representante sustituto:

(Usted no tiene que nombrar un representante sustituto, pero puede hacerlo. Un representante sustituto puede tomar las mismas decisiones de atención médica que el representante designado si éste no puede o no quiere actuar como su representante. Si el representante designado es su cónyuge, el nombramiento queda automáticamente revocado por ley si su matrimonio se disuelve, se anula o se declara nulo, a menos que este documento disponga lo contrario).

Si la persona nombrada como mi representante no puede o no quiere tomar decisiones de atención médica en mi nombre, designo a las siguientes personas para que actúen como mis representantes en la toma de decisiones para la atención médica en mi lugar, según lo autorizado en este documento y servirán en el siguiente orden:

Primer representante sustituto

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Segundo representante sustituto

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

El documento original se encuentra en _____

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Duración

Entiendo que este poder notarial existe indefinidamente a partir de la fecha de la firma del mismo a menos que yo establezca un tiempo más corto o revoque el poder notarial. Si me encuentro incapacitado para tomar decisiones de atención médica por mí mismo cuando este poder expire, la autoridad que he otorgado a mi representante continuará hasta el momento en que yo sea capaz de volver a tomar decisiones sobre mi atención médica.

(Si corresponde) Este poder notarial concluirá en la siguiente fecha: _____

Revocación de los nombramientos previos

Revoco cualquier poder para la atención médica otorgado anteriormente.

Declaración sobre la divulgación

Este poder para la atención médica es un documento legal importante. Antes de firmar este documento, tenga en cuenta lo siguiente:

A menos que usted establezca lo contrario, este documento le da autorización a la persona que usted nombre como su representante para tomar cualquier decisión por usted sobre su atención médica según lo que usted desee y de acuerdo con sus creencias religiosas y morales, cuando usted ya no pueda tomar decisiones por sí mismo. Dado que por "atención médica" se entiende cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su estado físico o mental, su representante está facultado para tomar en su nombre, una amplia gama de decisiones en materia de atención médica. Su representante puede consentir, negarse a consentir o retirar el consentimiento a un tratamiento médico y puede tomar decisiones sobre la suspensión o retención de un tratamiento para mantener la vida. Su representante no puede dar consentimiento para servicios voluntarios de salud mental en régimen de hospitalización, tratamiento convulsionante, psicocirugía o aborto. El médico debe cumplir las instrucciones de su representante o permitirle que lo transfieran a otro médico.

La autoridad de su representante se hace efectiva cuando su médico certifica que usted carece de competencia para tomar decisiones sobre su atención médica.

Su representante está obligado a seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted indique lo contrario, su representante tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica que la que usted tendría si fuera capaz de hacerlo.

Es importante que hable de este documento con su médico u otro profesional de la salud antes de firmarlo para asegurarse de que comprende la naturaleza y el alcance de las decisiones que pueden tomarse en su nombre. Si no tiene médico, debe hablar con otra persona que comprenda con claridad estas cuestiones y pueda responder a sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para completar este documento, pero si hay algo en este documento que no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que designe como su representante debe ser alguien que usted conozca y en quien confíe. La persona debe ser mayor de 18 años o una persona menor de 18 años a la que se le haya retirado la minoría de edad. Si nombra a su proveedor de atención médica o de cuidado residencial (por ejemplo, su médico o un empleado de una agencia de asistencia médica a domicilio, hospital, centro de reposo o centro de cuidado residencial, que no sea un familiar), esa persona tiene que elegir entre actuar como su representante o como su proveedor de cuidado residencial; la ley no permite que una persona desempeñe ambas funciones al mismo tiempo.

Debe informar a la persona que designe de que desea que sea su representante para la atención médica. Debe hablar sobre este documento con su representante y con su médico y entregar a cada uno una copia firmada. Deberá indicar en el propio documento las personas e instituciones que desee que tengan copias firmadas. Su representante no es responsable de las decisiones de atención médica tomadas de buena fe en su nombre.

Una vez que haya firmado este documento, tendrá derecho a tomar decisiones de atención médica por sí mismo por el tiempo que sea capaz de hacerlo, y no se le podrá administrar o suspender un tratamiento si usted se opone. Usted tiene derecho a revocar la autoridad otorgada a su representante informando a su representante o a su proveedor de cuidado médico o residencial verbalmente o por escrito, o a través de la ejecución de un poder para la atención médica posterior que usted realice. A menos que en este documento usted indique lo contrario, el nombramiento de un cónyuge queda revocado si su matrimonio se disuelve, anula o se declara nulo.

Este documento no puede ser cambiado o modificado. Si desea hacer cambios a este documento, debe firmar un nuevo poder para la atención médica.

Es posible que desee nombrar a un representante sustituto en caso de que su representante no quiera, no pueda o no reúna los requisitos para actuar como tal. Si designa a un representante sustituto, éste tendrá la misma autoridad que el representante para tomar decisiones de atención médica en su nombre.

Este poder notarial no es válido, a menos que:

- (1) usted lo firme y haga constar su firma ante un *notary public*; o bien
- (2) usted lo firme en presencia de dos testigos adultos competentes.

Las siguientes personas no pueden ser testigos:

- (1) la persona que ha designado como su representante,
- (2) una persona emparentada con usted por consanguinidad o matrimonio,
- (3) una persona con derecho a cualquier parte de su patrimonio tras su fallecimiento en virtud de un testamento o codicilo ejecutado por usted o por efecto de la ley,
- (4) su médico responsable
- (5) un empleado del médico responsable,
- (6) un empleado de un centro de atención médica en el que usted sea paciente, si el empleado le está prestando atención directa o es un funcionario, director, socio o empleado de la administración del centro médico o de cualquier organización matriz del centro de atención médica, o bien
- (7) una persona que, en el momento en que se ejecute este poder para la atención médica tenga un reclamo de derechos sobre cualquier parte de su patrimonio tras su fallecimiento.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido la información contenida en la declaración sobre la divulgación anteriormente presentada.

(Debe fechar y firmar este poder notarial. Puede firmarlo y hacer constar su firma ante un *notary public* o puede firmarlo en presencia de dos testigos adultos competentes).

Firma constatada ante un *notary public*

Firmo este poder para la atención médica el _____ día de _____ (mes, año) en

(ciudad y estado)

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

Estado de Texas

Condado de _____

El presente documento fue reconocido ante mí el _____ (fecha) por _____
(nombre de la persona que hace constar).

Notary public, estado de Texas

Nombre del *notary public* en letra de molde:

SELLO

Mi comisión vence:

O

Firma en presencia de dos testigos adultos competentes

Firmo este poder para la atención médica el _____ día de _____ (mes, año) en

(ciudad y estado)

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

Declaración del primer testigo

No soy la persona designada como representante en este documento. No tengo parentesco con el representado por consanguinidad o matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la herencia del representado tras su fallecimiento. No soy el médico responsable del representado o un empleado del médico responsable. No tengo un reclamo de derechos sobre la herencia del representado tras su fallecimiento. Además, si soy empleado de un centro de atención médica en el que el representado es un paciente, no participo en la atención directa del paciente aquí representado ni soy funcionario, director, socio o empleado de la administración del centro médico ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Firma: _____

Nombre en letra de molde _____ Fecha: _____

Dirección _____

Declaración del segundo testigo

Firma: _____

Nombre en letra de molde _____ Fecha: _____

Dirección: _____

HILLSIDE MEDICAL GROUP

12881 I35 N, Live Oak, TX 78233 • 210-742-6555 • www.hillside-medicalgroup.com

Directrices para los Médicos y Familiares o Representantes

VOLUNTAD ANTICIPADA (LIVING WILL) • CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE TEXAS §166.033 • FORMULARIO 05/2024

QUÉ HACE ESTE FORMULARIO

Este formulario le permite indicar qué tratamiento médico desea o no desea recibir si llega a padecer una enfermedad terminal o irreversible y ya no puede expresar sus deseos.

CÓMO COMPLETARLO

1. Escriba su nombre en la parte superior de la directiva.
2. Lea cada situación y ponga sus iniciales junto a la opción que refleje sus deseos.
3. Añada solicitudes específicas en el espacio provisto (por ejemplo, sondas de alimentación o antibióticos intravenosos).
4. Si NO tiene un Poder para la Atención Médica, puede nombrar hasta dos personas para que hablen por usted.
5. Firme y feche el formulario.

CÓMO HACERLO VÁLIDO

Firme el formulario de UNA de estas dos maneras:

- Ante dos testigos adultos, O
- Ante un notario público (notary public).

El Testigo 1 no puede ser: la persona que usted nombre para tomar decisiones, un familiar por consanguinidad o matrimonio, alguien que herede de usted, su médico o un empleado de su médico, ni (si es empleado del centro) una persona que le brinde atención directa.

Nota: Según la ley de Texas, esta directiva no tiene efecto mientras esté embarazada. Permanece vigente hasta que usted la revoque.

¿Necesita ayuda para completarlo? Hillside puede programar una visita de enfermería para guiarle paso a paso. Pregunte en recepción o llame al 210-742-6555 para agendar.

CUANDO TERMINE

- Entregue una copia a su equipo de atención de Hillside para que se agregue a su expediente médico.
- Guarde el original. Entregue copias a su agente, su familia y cualquier hospital que utilice.
- Puede actualizar o cancelar este formulario en cualquier momento completando uno nuevo.

Directrices para los médicos y familiares o representantes

Ley de Voluntad Anticipada (ver la sección 166.033 del Código de Salud y Seguridad de Texas)

Instrucciones para completar este documento:

Este es un documento legal importante conocido como Voluntad Anticipada. El propósito de este documento es ayudarle a comunicar sus deseos sobre el tratamiento médico en algún momento en el futuro cuando usted no pueda dar a conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos suelen basarse en valores personales. Sobre todo, considere qué cargas o dificultades del tratamiento estaría dispuesto a aceptar a cambio de un beneficio específico que espera obtener si estuviera gravemente enfermo.

Se recomienda que hable de sus valores y deseos con su familia o representante de su elección, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención médica o un centro de salud, pueden proporcionarle diversos recursos para ayudarle a completar el documento de Voluntad Anticipada. A continuación, se ofrecen unas breves definiciones que podrían ayudarle en sus conversaciones y para poder planear con anticipación. Ponga sus iniciales en las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Entregue una copia del documento de Voluntad Anticipada a su médico, al hospital al que habitualmente acude y a su familia o representante. Considere la posibilidad de revisar periódicamente este documento. Mediante la revisión periódica, podrá estar mucho más seguro de que la directiva refleja sus preferencias.

Además de esta Voluntad Anticipada, la ley de Texas establece otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Se tratan del poder para la atención médica y la orden de no reanimación fuera del hospital. Es posible que desee hablar de ellas con su médico, su familia, el representante del hospital u otros asesores. También puede elaborar una directiva relacionada con la donación de órganos y tejidos.

Voluntad

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos juntos las decisiones sobre la atención médica o el tratamiento mientras esté en pleno uso de mis facultades mentales y sea capaz de expresar mis deseos. Si llega un momento en que no pueda tomar decisiones médicas sobre mí mismo debido a una enfermedad o lesión, ordeno que se respeten las siguientes preferencias de tratamiento:

Si, a juicio de mi médico, padezco una enfermedad terminal de la que se espera que muera en un plazo de seis meses, incluso con el tratamiento de mantenimiento de vida disponible proporcionado de acuerdo con las normas vigentes de atención médica:

- ☐ Solicito que se interrumpan o suspendan todos los tratamientos que no sean necesarios para mantenerme cómodo y que mi médico me permita morir lo más delicadamente posible; o bien
- ☐ Solicito que se me mantenga con vida durante esta enfermedad terminal utilizando el tratamiento de mantenimiento de vida disponible. (Esta opción no aplica a los cuidados para pacientes terminales).

Si, a juicio de mi médico, padezco una enfermedad irreversible que me impide cuidar de mí mismo o tomar decisiones por mí mismo y que de no prestarme un tratamiento de mantenimiento de vida de acuerdo con las normas vigentes de atención médica:

- ☐ Solicito que se interrumpan o suspendan todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo y que mi médico me permita morir lo más delicadamente posible; o bien
- ☐ Solicito que se me mantenga con vida en esta condición irreversible utilizando el tratamiento de mantenimiento de vida disponible. (Esta opción no aplica a los cuidados para pacientes terminales).

Solicitudes adicionales: (Tras hablarlo con su médico, puede considerar la posibilidad de enumerar en este espacio los tratamientos concretos que desea o no desea en circunstancias específicas, como nutrición e hidratación administradas artificialmente, antibióticos intravenosos, etc.). Asegúrese de indicar si desea o no cierto tratamiento).

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos los cuidados para pacientes terminales, entiendo y acepto que sólo se me proporcionarían los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y no se me administrarían los tratamientos disponibles para mantenerme con vida.

Si no tengo un poder para la atención médica y no puedo expresar mis deseos, designo a la siguiente persona o personas para que tomen junto con mi médico, decisiones sobre la atención médica o tratamientos compatibles con mis valores personales:

- 1. _____
- 2. _____

(Si ya se ha firmado un poder para la atención médica, entonces ya se ha nombrado a un agente y no debe enumerar nombres adicionales en este documento).

Si las personas mencionadas no están disponibles, o si no he designado un representante, entiendo que un representante se elegirá por mí siguiendo las normas especificadas en las leyes de Texas.

Si, a juicio de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso con el uso de todo el tratamiento médico disponible proporcionado dentro de la norma de atención existente, reconozco que todos los tratamientos pueden ser suspendidos o eliminados, excepto los necesarios para mantener mi comodidad. Entiendo que, según la ley de Texas, esta directiva no tiene efecto si se me ha otorgado un diagnóstico de embarazo. Esta directiva estará vigente hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

Firma _____ Fecha _____

Ciudad, condado, estado de residencia _____

Dos testigos adultos competentes deben firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar una decisión de asistencia médica o tratamiento para el paciente y no puede estar emparentado con el paciente por consanguinidad o matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte del patrimonio y no puede tener un reclamo de derechos sobre el patrimonio del paciente. Este testigo no puede ser el médico responsable ni un empleado del médico responsable. Si este testigo es un empleado de un centro médico en el que se atiende al paciente, no puede participar en la atención directa al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio o empleado de una oficina comercial de un centro de atención médica en el que el paciente está siendo atendido o de cualquier oficina matriz del centro de atención médica.

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____

El declarante, en lugar de firmar en presencia de testigos, puede firmar la directiva y hacer constar la firma ante un *notary public*.

Firma acreditada ante un *notary public*

Firmo con mi nombre este documento de Voluntad Anticipada para los médicos y familiares o sustitutos el _____ día de _____ (mes, año) en _____

(Ciudad y estado)

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

Estado de Texas

Condado de _____

El presente documento fue reconocido ante mí el _____ (fecha) por _____
(nombre de la persona que lo certifica).

Notary public, estado de Texas

Nombre del *notary public* en letra de molde

SELLO

Mi comisión vence el _____

Definiciones:

"Nutrición e hidratación administradas artificialmente" el suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda insertada en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

Por "enfermedad irreversible" se entiende una afección, lesión o enfermedad:

- (1) que puede ser tratada, pero nunca puede curarse o eliminarse
- (2) que deja a una persona incapacitada para cuidar de sí misma o tomar decisiones por sí misma; y
- (3) que sea mortal si no se proporciona un tratamiento de mantenimiento de vida de acuerdo con las normas vigentes de atención médica.

Explicación: Muchas enfermedades graves, como el cáncer, la insuficiencia de órganos importantes (riñón, corazón, hígado o pulmón) y enfermedades cerebrales graves, como la demencia por Alzheimer, pueden considerarse irreversibles al principio del curso de la enfermedad. No existe cura, pero el paciente puede mantenerse con vida durante periodos prolongados si recibe tratamientos de mantenimiento de vida. Más adelante en el curso de la misma enfermedad, esta puede considerarse terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera en un futuro próximo.

Puede que desee considerar qué cargas del tratamiento estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado concreto. Se trata de una decisión muy personal que quizá desee platicar con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

Por "tratamiento de mantenimiento de vida" se entiende el tratamiento que, sobre la base de un criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente y sin el cual el paciente morirá. El término incluye tanto los medicamentos para prolongar la vida como el soporte vital artificial, así como los respiradores mecánicos, el tratamiento de diálisis renal y la nutrición e hidratación administradas artificialmente. El término no incluye la administración de medicamentos para el control del dolor, la realización de un procedimiento médico necesario para proporcionar la comodidad o cualquier otro tipo de atención médica proporcionada para aliviar el dolor de un paciente.

Por "estado terminal" se entiende una afección incurable causada por una lesión, enfermedad o dolencia que, según un criterio médico razonable, producirá la muerte en un plazo de seis meses, incluso con el tratamiento de mantenimiento de vida disponible y proporcionado de acuerdo con las normas de atención médica vigentes.

Explicación: Muchas enfermedades graves pueden considerarse irreversibles al principio del curso de la enfermedad, pero puede que no se consideren terminales hasta que la enfermedad esté bastante avanzada. Al reflexionar sobre la enfermedad terminal y su tratamiento, es posible que también desee considerar los beneficios y las cargas relacionadas con el tratamiento y discutir sus deseos con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

HILLSIDE MEDICAL GROUP

12881 I35 N, Live Oak, TX 78233 • 210-742-6555 • www.hillsidemedicalgroup.com

Orden de No Reanimar Fuera del Hospital (OOH-DNR)

DSHS DE TEXAS • CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAP. 166 • FORMULARIO 10/2023

Importante: Esta orden requiere la firma de su médico y debe completarse en el formulario oficial del DSHS para que el personal de emergencias (EMS) la respete. Complétela con su proveedor de Hillside. Pregunte en recepción o llame al 210-742-6555 para agendar una visita.

QUÉ HACE ESTE FORMULARIO

Esta orden indica al personal de emergencias (EMS) y a otro personal fuera del hospital que NO intente la reanimación — RCP, estimulación cardíaca, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias o ventilación artificial — y que permita una muerte natural. Se sigue brindando atención para la comodidad. No afecta otra atención de emergencia o de comodidad.

CÓMO SE COMPLETA

1. Se completa la sección de declaración correcta según quién firme (ver abajo).
2. Firman dos testigos adultos competentes, O la firma se certifica ante un notario.
3. El médico responsable firma la Declaración del Médico y anota la orden en su expediente.

Quién firma cada sección:

- Sección A — una persona adulta competente (18+) que firma por sí misma.
- Sección B — tutor legal, agente de un poder para la atención médica, o apoderado.
- Sección C — un pariente calificado (cónyuge, hijo adulto, padre, o familiar más cercano).
- Sección D — el médico responsable, con base en una directiva previa o una solicitud no escrita.
- Sección E — padre, tutor legal o responsable de la custodia de un menor.
- Sección F — dos médicos cuando no hay tutor, agente, apoderado o pariente disponible.

REVOCACIÓN

Puede revocar esta orden en cualquier momento avisando al personal que responde, destruyendo la orden o quitando todos los dispositivos de identificación de OOH-DNR. Se revoca automáticamente si la persona está embarazada o en circunstancias no naturales o sospechosas.

¿Necesita ayuda para completarlo? Hillside puede programar una visita de enfermería para guiarle paso a paso. Pregunte en recepción o llame al 210-742-6555 para agendar.

CUANDO TERMINE

- Entregue una copia a su equipo de atención de Hillside para que se agregue a su expediente médico.
- Guarde el original. Entregue copias a su agente, su familia y cualquier hospital que utilice.
- Puede actualizar o cancelar este formulario en cualquier momento completando uno nuevo.



ORDEN DE NO REANIMAR FUERA DEL HOSPITAL (OOH DNR) DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEXAS

Este documento entra en vigor inmediatamente en la fecha de ejecución para los profesionales de la salud que atienden en entornos fuera de un hospital. Tendrá efecto hasta que un médico autorizado o una persona legalmente autorizada declare fallecida a la persona o hasta que sea revocado el documento. Se brindará atención para la comodidad de la persona en caso necesario.

Nombre legal completo de la persona _____ Fecha de nacimiento _____ ☐ Masculino
☐ Femenino

A. Declaración de la persona adulta: Soy competente y tengo al menos 18 años. **Ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe en mi persona: reanimación cardiopulmonar (CPR), estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

B. Declaración de un tutor legal, representante o apoderado en nombre de la persona adulta incapacitada o que sea incapaz de comunicarse:

Yo soy el: ☐ tutor legal; ☐ representante con un poder para la atención médica; ☐ apoderado con instrucciones para los médicos de la persona mencionada anteriormente incapacitada o de alguna forma sea mental o físicamente incapaz de comunicarse.

En base a los deseos conocidos de la persona, o a una determinación en el mejor interés de la persona, **ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para la persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

C. Declaración de un pariente calificado en nombre de la persona adulta incapacitada o que sea incapaz de comunicarse: Soy la persona mencionada anteriormente:

☐ cónyuge, ☐ hijo adulto, ☐ padre, ☐ o familiar vivo más cercano y estoy autorizado para tomar decisiones sobre su tratamiento bajo la sección 166.088 del Código de Salud y Seguridad.

Tengo el conocimiento de que la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene un tutor legal, representante o apoderado. En base a los deseos conocidos de la persona, o a una determinación en el mejor interés de la persona, **ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

D. Declaración de un médico basada en las instrucciones para los médicos por parte de la persona ahora incapacitada o en una comunicación no escrita al médico por parte de una persona competente: Soy el médico responsable de la persona mencionada anteriormente y:

☐ he visto pruebas de las instrucciones presentadas a los médicos con anterioridad por parte del adulto ahora incapacitado; ☐ u observé que se dio una orden de OOH DNR ante dos testigos de manera no escrita.

Ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial. Núm. de licencia _____

Firma del médico responsable _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

E. Declaración en nombre de una persona menor de edad:

Yo soy el: ☐ padre; ☐ tutor legal; ☐ responsable de la custodia del menor.

Un médico ha diagnosticado al menor con una enfermedad terminal o irreversible. **Ordeno que ninguna de las siguientes medidas de reanimación inicie o continúe para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma de la persona _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

DOS TESTIGOS: (Consulte los requisitos al reverso). Hemos sido testigos de que la persona adulta competente mencionada anteriormente o el declarante autorizado firmó arriba y, si corresponde, la persona adulta mencionada anteriormente dio una orden de OOH-DNR al médico responsable mediante una comunicación no escrita.

Firma del testigo 1 _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

Firma del testigo 2 _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

La persona mencionada anteriormente compareció personalmente ante mí y firmó la declaración antes mencionada el: _____.

Notary Public en el Estado de Texas y Condado de _____ Sello del Notary Public

Firma y sello: _____ Nombre en letra de molde del Notary Public: _____

[Nota: el Notary Public no puede dar fe del testimonio de la persona que da una orden de OOH-DNR de forma no escrita]

DECLARACIÓN DEL MÉDICO: Soy el médico responsable de la persona mencionada anteriormente y he visto que existe esta orden en sus expedientes médicos. Instruyo a los profesionales de la salud que atienden en entornos fuera de un hospital, incluido el servicio de emergencias de un hospital, que no inicien o continúen las siguientes medidas para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial. Núm. de licencia _____

Firma del médico _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____

F. Instrucciones de dos médicos en nombre del adulto, que es incapacitado o que no se puede comunicar, y que no tiene un tutor, representante, apoderado o familiar: Los deseos específicos de la persona se desconocen, pero las medidas de reanimación, bajo un criterio médico razonable, se consideran ineficaces, o bien, no son en el mejor interés de la persona. **Instruyo a los profesionales de la salud que atienden en entornos fuera de un hospital, incluido el servicio de emergencias de un hospital, que no inicien o continúen las siguientes medidas para esta persona: reanimación cardiopulmonar, estimulación cardiaca transcutánea, desfibrilación, manejo avanzado de las vías respiratorias y ventilación artificial.**

Firma del médico responsable _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____ Núm. de licencia _____

Firma del segundo médico _____ Fecha _____ Nombre en letra de molde _____ Núm. de licencia _____

Todas las personas que han firmado anteriormente deben firmar a continuación, para reconocer que este documento se ha llenado correctamente.

Firma de la persona _____ Firma del tutor/representante/apoderado/familiar _____

Firma del médico responsable _____ Firma del segundo médico _____

Testigo 1 firma _____ Testigo 2 firma _____ Firma del Notary Public _____

Durante la transportación médica, este documento o una copia del mismo debe acompañar a la persona.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA ORDEN DE OOH DNR

PROPÓSITO: La orden de no reanimar fuera del hospital (OOH DNR) al reverso, cumple con el capítulo 166 del Código de Salud y Seguridad (HSC), de que las personas o sus representantes autorizados pueden ordenar a los profesionales de la salud que desistan de sus intentos de reanimación y permitan que la persona tenga una muerte natural en paz y con dignidad. Dicha orden NO afecta la prestación de otro tipo de atención de emergencia, incluida la atención para la comodidad de la persona.

APLICABILIDAD: La orden de OOH DNR se aplica a los profesionales de la salud en entornos fuera de un hospital, incluidos los consultorios médicos, las clínicas y los departamentos de emergencias.

IMPLEMENTACIÓN: Una persona adulta competente, de al menos 18 años, su representante autorizado o un pariente calificado puede ejecutar o presentar una orden de OOH DNR. El médico responsable de la persona documentará la existencia de la orden en el expediente médico permanente de la persona. La orden de OOH DNR puede ejecutarse de la siguiente forma:

Sección A. Si la persona adulta es competente y tiene al menos 18 años, firmará y fechará la orden en la Sección A.

Sección B. Si la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y tiene ya sea un tutor legal, un representante con un poder para la atención médica o un apoderado con instrucciones para los médicos, el tutor, el representante o el apoderado, puede ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección B.

Sección C. Si la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene un tutor, un representante o un apoderado, entonces un pariente calificado puede ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección C.

Sección D. Si la persona es incapacitada y su médico responsable ha visto pruebas de las instrucciones presentadas anteriormente a los médicos de la persona u observó que la persona presentó de forma apropiada una orden de OOH DNR no escrita, el médico puede ejecutar la orden a nombre de la persona al firmarla y fecharla en la Sección D.

Sección E. Si la persona es un menor de edad (que tiene menos de 18 años), a quien un médico ha diagnosticado con una enfermedad terminal o irreversible, entonces los padres, el tutor legal o el responsable de la custodia del menor pueden ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección E.

Sección F. Si la persona adulta es incapacitada o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene un tutor, un representante, un oapoudneprarioente calificado disponible que actúe en su representación, entonces el médico responsable puede ejecutar la orden de OOH DNR al firmarla y fecharla en la Sección F con el consentimiento de un segundo médico (que la firme en la Sección F) que no participe en el tratamiento de la persona o sea representante del comité de ética o médico del complejo de salud en el que la persona es un paciente.

Además, deben firmar y fechar la orden de OOH DNR dos testigos adultos competentes quienes han atestiguado, ya sea que la persona adulta competente firmó en la Sección A o el declarante autorizado firmó en la Sección B, C o E y, según corresponda, han atestiguado que la persona adulta competente dio la orden de OOH DNR mediante comunicación no escrita al médico responsable, quien debe firmar en la Sección D y también en la sección de la declaración del médico.

De manera opcional, la persona adulta competente o el declarante autorizado puede firmar la orden de OOH DNR en presencia de un *Notary Public*. Sin embargo, un *Notary Public* no puede dar fe de haber presenciado que se dio una orden de OOH DNR de forma no escrita, que se debe cumplir y de la cual solo los dos testigos pueden dar fe. No se requiere la firma del testigo o del *Notary Public* cuando dos médicos ejecutan la Sección F de la orden de OOH DNR. El original o una copia de la orden de OOH DNR completa y debidamente llena o que la persona porte un dispositivo de OOH DNR es prueba suficiente de la existencia de la orden de OOH DNR original, y cualquiera de las dos formas será respetada por los profesionales de salud de respuesta.

REVOCACIÓN: La persona, el representante autorizado de la persona o el médico que ejecutó la orden de OOH DNR puede revocarla en CUALQUIER momento. La revocación puede ser mediante comunicación verbal con los profesionales de salud de respuesta, la destrucción de la orden de OOH DNR o la remoción de todos los dispositivos de identificación de OOH DNR que tiene la persona.

REVOCACIÓN AUTOMÁTICA: La orden de OOH DNR se revoca automáticamente si se sabe que la persona está embarazada o en caso de circunstancias no naturales o sospechosas.

DEFINICIONES

Médico responsable: Un médico, seleccionado por, o asignado a la persona, con la responsabilidad primaria del tratamiento y la atención de la persona, que tiene licencia del Colegio de Médicos de Texas, o está debidamente acreditado y lleva el grado de oficial de los servicios uniformados de los Estados Unidos y está en servicio activo en este estado. [Sección 166.002(12) del HSC].

Profesional de la salud: significa los médicos, las enfermeras, los médicos asistentes y el personal de servicios médicos de emergencia y, a menos que el contexto exija lo contrario, incluye al personal del departamento de emergencias del hospital. [Sección 166.081(5) del HSC]

Pariente calificado: La persona que cumple los requisitos de la sección 166.088 del HSC. Este establece que un familiar adulto puede ejecutar la orden de OOH DNR en nombre de la persona adulta que no ha ejecutado ni dictado una orden de OOH DNR y que es incapacitado o de alguna forma es mental o físicamente incapaz de comunicarse y no tiene tutor legal, representante con poder para la atención médica o apoderado con instrucciones para los médicos, y el familiar está disponible según una de las siguientes categorías por orden de prioridad:

1) cónyuge de la persona; 2) hijo adulto disponible de la persona; 3) los padres de la persona; o 4) el familiar vivo más cercano de la persona. Dicho pariente calificado puede ejecutar la orden de OOH DNR en nombre de la persona mencionada.

Testigos calificados: ambos testigos deben ser adultos competentes, que han atestiguado que la persona adulta competente firmó en la Sección A, o que el representante autorizado de la persona firmó ya sea en la Sección B, C o E de la orden de OOH DNR o, según corresponda, han atestiguado que la persona adulta competente dio una orden de OOH DNR mediante comunicación no escrita al médico responsable, quien firmó en la Sección D. De manera opcional, la persona adulta competente, el tutor, el representante, el apoderado o el pariente calificado puede firmar la orden de OOH DNR en presencia de un *Notary Public* en lugar de dos testigos calificados. No se requiere la firma del testigo o del *Notary Public* cuando dos médicos ejecutan la orden firmando la Sección F. Uno de los testigos debe cumplir los requisitos de la sección 166.003(2) del HSC, el cual exige que al menos uno de los testigos: (1) sea nombrado por la persona para tomar las decisiones sobre el tratamiento; (2) tenga relación sanguínea o por matrimonio con la persona; (3) tenga derecho a alguna parte del patrimonio de la persona después de su muerte, ya sea por un testamento o por ley; (4) haya presentado un reclamo al momento en que se dio la orden de OOH-DNR contra cualquier parte del patrimonio de la persona después de la muerte de la persona; o (5) sea el médico responsable; (6) sea un empleado del médico responsable o (7) un empleado del centro de atención médica en el que la persona es un paciente si el empleado brinda atención directa al paciente o es un funcionario, director, socio o empleado de la administración del centro de atención médica o cualquier oficina corporativa del centro de atención médica.

Informe sobre problemas con este formulario al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) o pida formularios de la orden de OOH DNR o dispositivos de identificación al teléfono (512) 834-6700.

La firma electrónica o digital del declarante, el testigo, el Notary Public o el médico debe cumplir con los criterios descritos en la sección 166.011 del HSC.

HILLSIDE MEDICAL GROUP

12881 I35 N, Live Oak, TX 78233 • 210-742-6555 • www.hillside-medicalgroup.com

Poder Legal Duradero

BIENES Y FINANZAS — NO MÉDICO • CÓDIGO DE SUCESIONES DE TEXAS §752.051 • FORMULARIO 09/2017

Tenga en cuenta: Este formulario es solo para sus bienes y dinero. NO permite que nadie tome decisiones médicas por usted — eso es el Poder para la Atención Médica. Se incluye porque los pacientes suelen preguntar por él en la misma conversación.

QUÉ HACE ESTE FORMULARIO

Este formulario nombra a un agente para que administre sus bienes y asuntos financieros (como banca, bienes raíces, cuentas y beneficios) si usted lo decide. Los poderes pueden ser amplios, así que elija a su agente con cuidado.

CÓMO COMPLETARLO

1. Escriba su nombre y dirección, y el nombre y dirección del agente que nombra.
2. Ponga sus iniciales junto a cada poder que desee otorgar — o inicial (O) para otorgar todos.
3. Complete cualquier instrucción especial (compensación, coagentes, donaciones).
4. Elija cuándo entra en vigor y firme ante un notario.

CÓMO HACERLO VÁLIDO

- Su firma debe certificarse ante un notario público.
- Los poderes son amplios — si tiene dudas, obtenga asesoría legal competente.
- Para firmar documentos de préstamos con garantía hipotecaria, debe firmarse en la oficina del prestamista, un abogado o una compañía de títulos.

¿Necesita ayuda para completarlo? Hillside puede programar una visita de enfermería para guiarle paso a paso. Pregunte en recepción o llame al 210-742-6555 para agendar.

CUANDO TERMINE

- Entregue una copia a su equipo de atención de Hillside para que se agregue a su expediente médico.
- Guarde el original. Entregue copias a su agente, su familia y cualquier hospital que utilice.
- Puede actualizar o cancelar este formulario en cualquier momento completando uno nuevo.

PODER NOTARIAL PERMANENTE

AVISO: LOS PODERES OTORGADOS EN VIRTUD DE ESTE DOCUMENTO SON AMPLIOS Y EXTENSOS. ESTOS SE EXPLICAN EN LA LEY DEL PODER NOTARIAL PERMANENTE, SUBTÍTULO P, TÍTULO 2, DEL CÓDIGO DE SUCESIONES. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTOS PODERES, BUSQUE ASESORAMIENTO JURÍDICO COMPETENTE. ESTE DOCUMENTO NO AUTORIZA A NADIE A TOMAR POR USTED DECISIONES MÉDICAS NI OTRAS DECISIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD. USTED PUEDE REVOCAR ESTE PODER NOTARIAL SI ASÍ DESEA HACERLO MÁS TARDE. SI USTED DESEA QUE SU REPRESENTANTE TENGA AUTORIDAD PARA FIRMAR DOCUMENTOS DE PRÉSTAMO CON GARANTÍA HIPOTECARIA EN SU NOMBRE, ESTE PODER NOTARIAL DEBE SER FIRMADO POR USTED EN LA OFICINA DE LA ENTIDAD PRESTAMISTA, DE UN ABOGADO O DE UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA DE TÍTULOS.

Usted debe escoger a una persona de su confianza para que actúe como su representante. A menos que usted especifique lo contrario, la autoridad del representante generalmente continuará hasta que:

- 1) usted muera o revoque el poder notarial;
- 2) su representante renuncie, sea destituido por orden judicial o no pueda actuar en nombre de usted, o
- 3) se nombre a un curador para su patrimonio.

Yo, _____ (inserte su nombre y domicilio), nombro a _____ (inserte el nombre y domicilio de la persona a quien nombra) para que actúe en mi nombre como mi representante y de cualquier forma legal con respecto a todos los poderes que se indican más adelante y que he marcado con mis iniciales. (USTED PUEDE NOMBRAR A CO-REPRESENTANTES. A MENOS QUE USTED INDIQUE LO CONTRARIO, LOS CO-REPRESENTANTES PUEDEN ACTUAR DE MANERA INDEPENDIENTE).

PARA OTORGAR TODOS Y CADA UNO DE LOS PODERES SIGUIENTES, ESCRIBA SUS INICIALES EN LA LÍNEA DELANTE DE (O) Y HAGA CASO OMISO DE LAS OTRAS LÍNEAS DELANTE DE LOS DEMÁS PODERES QUE SE ENUMERAN DESDE (A) HASTA (N).

PARA OTORGAR UN PODER, DEBE ESCRIBIR SUS INICIALES EN LA LÍNEA DELANTE DEL PODER QUE DESEE OTORGAR.

PARA DENEGAR UN PODER, NO ESCRIBA SUS INICIALES EN LA LÍNEA QUE ESTÁ DELANTE DEL PODER. SE PERMITE, AUNQUE NO ES OBLIGATORIO, TACHAR CADA PODER DENEGADO.

- _____ (A) Transacciones de bienes raíces;
_____ (B) Transacciones de propiedad personal tangible;

- _____ (C) Transacciones de acciones y bonos;
- _____ (D) Transacciones de mercancías y opciones;
- _____ (E) Transacciones bancarias y con otras instituciones financieras;
- _____ (F) Transacciones de operaciones de negocios;
- _____ (G) Transacciones de seguros y anualidades;
- _____ (H) Transacciones de bienes en herencia, fideicomisos y otras transacciones con beneficiarios;
- _____ (I) Reclamaciones y litigios;
- _____ (J) Manutención personal y de la familia;
- _____ (K) Beneficios del seguro social, Medicare, Medicaid u otros programas gubernamentales o del servicio civil o militar;
- _____ (L) Transacciones del plan de jubilación;
- _____ (M) Cuestiones fiscales;
- _____ (N) Activos digitales y los contenidos de comunicaciones electrónicas;
- _____ (O) TODOS LOS PODERES ENUMERADOS DE (A) A (N). SI ESCRIBE SUS INICIALES EN LA LÍNEA DELANTE DE (O), NO TIENE QUE ESCRIBIR INICIALES DELANTE DE NINGÚN OTRO PODER ENUMERADO.

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

Instrucciones especiales aplicables a la compensación del representante (escriba sus iniciales delante de una de las frases siguientes para hacerla aplicable; si no se escoge ninguna opción, cada representante tendrá derecho a una compensación razonable según las circunstancias):

_____ Mi representante tiene derecho al reembolso de los gastos razonables en los que haya incurrido en mi nombre y a una compensación que sea razonable dadas las circunstancias.

_____ Mi representante tiene derecho al reembolso de los gastos razonables en los que haya incurrido en mi nombre, pero no recibirá ninguna compensación por actuar como mi representante.

Instrucciones especiales aplicables a los co-representantes (si usted ha nombrado a co-representantes para que actúen en su nombre, escriba sus iniciales delante de una de las frases siguientes para que sea aplicable; si no se escoge ninguna opción, cada representante tendrá derecho a actuar de manera independiente):

_____ Cada uno de mis co-representantes puede actuar en mi nombre de manera independiente.

_____ Mis co-representantes pueden actuar en mi nombre solo si los co-representantes actúan de manera conjunta.

_____ Mis co-representantes pueden actuar en mi nombre solo si una mayoría de los co-representantes actúa de manera conjunta.

Instrucciones especiales aplicables a los regalos (escriba sus iniciales delante de la frase siguiente para hacerla aplicable):

_____ Otorgo a mi representante el poder de utilizar mi propiedad para hacer regalos directamente o para el beneficio de una persona, incluyendo mediante el ejercicio de un poder general de nombramiento actualmente ejercitable que a mí me corresponde, con la excepción de que la cantidad que se regale a un individuo no puede exceder la cantidad anual permitida como exclusión del impuesto federal sobre regalos para el año calendario del regalo.

EN LAS LÍNEAS SIGUIENTES USTED PUEDE DAR INSTRUCCIONES ESPECIALES QUE LIMITAN O AMPLÍAN LOS PODERES OTORGADOS A SU REPRESENTANTE.

A MENOS QUE USTED DÉ OTRAS INSTRUCCIONES MÁS ABAJO, ESTE PODER NOTARIAL ENTRA EN VIGOR INMEDIATAMENTE Y CONTINUARÁ HASTA SU TERMINACIÓN.

ESCOJA UNA DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS TACHANDO LA ALTERNATIVA QUE NO DESEE:

(A) Este poder notarial no se ve afectado por mi discapacidad o incapacidad posteriores.

(B) Este poder notarial entra en vigor en caso de mi discapacidad o incapacidad.

USTED DEBE ESCOGER LA ALTERNATIVA (A) SI ESTE PODER NOTARIAL VA A ENTRAR EN VIGOR EN LA FECHA EN QUE SE APLIQUE.

SI NO SE HA TACHADO NI (A) NI (B), SE ASUMIRÁ QUE USTED ESCOGE LA ALTERNATIVA (A).

Si se escoge la alternativa (B) y este poder notarial no contiene ninguna definición de “mi discapacidad o incapacidad”, se considerará que estoy discapacitado o incapacitado para propósitos de este poder notarial si un médico certifica por escrito en una fecha posterior a la fecha en que este poder notarial se aplique que, con base en el examen que el médico haga de mí, estoy mentalmente incapacitado para manejar mis asuntos financieros. Autorizo al médico que me examine para este propósito a revelar mi estado físico o mental a otra persona para propósitos de este poder notarial. Un tercero que acepte este poder notarial está totalmente protegido de cualquier acción tomada bajo este poder notarial que se base en la determinación hecha por un médico de mi discapacidad o incapacidad.

Estoy de acuerdo en que cualquier tercero que reciba una copia de este documento puede actuar bajo él. La terminación de este poder notarial permanente no es efectiva en cuanto a un tercero hasta que el tercero tenga conocimiento real de la terminación. Estoy de acuerdo en indemnizar al tercero por cualquier reclamación que surja contra el tercero por el hecho de confiar en este poder notarial. El significado y efecto de este poder notarial permanente están determinados por la ley de Texas.

Si cualquier representante nombrado por mí muere, queda incapacitado, renuncia o se niega a actuar, o es destituido por orden judicial, o si mi matrimonio con un representante nombrado por mí es disuelto por un decreto judicial de divorcio o anulación, o es declarado nulo por un tribunal (a menos que yo haya estipulado en este documento que la disolución o declaración no pone fin a la autoridad del representante para actuar bajo este poder notarial), nombro a las siguientes personas (cada una actuará sola y de manera sucesiva, en el orden mencionado) como sucesores de este representante:

_____.

Se firma el _____ de _____, _____.

(su firma)

Estado de _____
Condado de _____

Este documento fue reconocido ante mí el _____ (fecha) por

(nombre del interesado)

(Sello, en su caso, del *notary*)

(firma del *notary*)

(nombre en letra de molde)

Mi comisión vence el: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL REPRESENTANTE

Deberes del representante

Al aceptar la autoridad otorgada en virtud de este poder notarial, usted establece una relación “fiduciaria” con el interesado. Esta es una relación legal especial que le impone a usted deberes legales que continúan hasta que usted renuncie o el poder legal se termine, se suspenda o sea revocado por el interesado o por aplicación de la ley. Un deber fiduciario generalmente incluye la obligación de:

- 1) actuar de buena fe;
- 2) no hacer nada más allá de la autoridad otorgada en este poder notarial;
- 3) actuar con lealtad en beneficio del interesado;
- 4) evitar conflictos que perjudiquen su capacidad de actuar en beneficio del interesado; y
- 5) revelar su identidad como representante cuando usted actúe por el interesado escribiendo en cursiva o en letra de molde el nombre del interesado y firmando usted con su propio nombre en calidad de “representante” de la manera siguiente:

(Nombre del interesado) por (la firma de usted) como representante

Además, la Ley de Poder Notarial Permanente (Subtítulo P, Título 2, del Código de Sucesiones) estipula que usted debe:

- 1) llevar un registro de cada acción o decisión tomada en nombre del interesado;
- 2) conservar todos los registros hasta que sean entregados al interesado, dados a conocer por el interesado o exonerados por un tribunal; y
- 3) si el interesado lo solicita, proporcionar al interesado una relación que, a menos que el interesado lo indique o de otra manera se estipule en las “Instrucciones Especiales”, debe incluir:
 - A. la propiedad perteneciente al interesado que ha llegado al conocimiento o a la posesión de usted;
 - B. cada acción o decisión tomada por usted como representante;
 - C. una relación completa de los recibos, desembolsos y otras acciones de usted como representante que incluya el origen y la naturaleza de cada recibo, desembolso o acción, con los recibos del principal e ingresos detallados por separado;
 - D. una lista de todos los bienes sobre los cuales usted ha ejercido control que incluya una descripción adecuada de cada activo y el valor actual del activo, si lo conoce;
 - E. el saldo de caja disponible y el nombre y la ubicación del depositario con el que se mantiene el saldo de caja;
 - F. cada deuda conocida;
 - G. cualquier otra información y hechos que usted conozca y que sean necesarios para una comprensión completa y definitiva de la condición exacta de la propiedad que pertenece al interesado; y
 - H. toda la documentación relativa a la propiedad del interesado.

Terminación de la autoridad del representante

Usted debe dejar de actuar en nombre del interesado si se entera de cualquier evento que dé por terminado o suspendido este poder notarial o la autoridad que usted tiene en virtud de este poder notarial. Entre los eventos que pongan fin a este poder notarial o a su autoridad para actuar en virtud de este poder notarial se incluyen:

- 1) la muerte del interesado;
- 2) la revocación por parte del interesado de este poder notarial o de la autoridad de usted;
- 3) la ocurrencia de un evento de terminación estipulado en este poder notarial;
- 4) si usted está casado con el interesado, la disolución de su matrimonio por sentencia judicial de divorcio o anulación o declaración de que su matrimonio es nulo, a menos que se estipule otra cosa en este poder notarial;
- 5) la designación y habilitación de un curador permanente del patrimonio del interesado, a menos que una orden judicial disponga algo diferente; o
- 6) si lo ordena un tribunal, su destitución como representante (apoderado) conforme a este poder notarial. Un motivo para suspender este poder notarial es la designación y habilitación de un tutor temporal, a menos que una orden judicial disponga lo contrario.

Responsabilidad del representante

La autoridad que se le otorga a usted en virtud de este poder notarial se especifica en la Ley de Poder Notarial Permanente (Subtítulo P, Título 2, del Código de Sucesiones). Si usted viola la Ley de Poder Notarial Permanente o actúa más allá de la autoridad otorgada, usted puede ser responsable de cualquier daño causado por la violación o ser sujeto de procesamiento por malversación de bienes por un fiduciario bajo el Capítulo 32 del Código Penal de Texas.

EL REPRESENTANTE, AL ACEPTAR O ACTUAR BAJO EL NOMBRAMIENTO ASUME LA RESPONSABILIDAD FIDUCIARIA Y OTRAS RESPONSABILIDADES LEGALES DE UN REPRESENTANTE.