

Declaración del representante del paciente Patient's Representative Declaration

Instrucciones

El representante de una persona incapacitada debe llenar esta declaración y enviar de inmediato una copia debidamente firmada al hospital que le dio el alta y al centro en el cual ingresa el paciente, a la agencia de servicios de protección de adultos del condado en donde reside la persona incapacitada, a todos los familiares de la persona incapacitada con los que sea razonable contactarse tras su ingreso en un centro (por ejemplo, un geriátrico o un centro residencial comunitario), y a la oficina del registro de sucesiones del condado en donde reside la persona incapacitada para su archivo. Wis. Stat. § 50.06(8)(a)(2)

Funciones y facultades del representante del paciente

De conformidad con Wisconsin Statute § 50.06(8)(a), el representante del paciente puede autorizar el ingreso de una persona incapacitada directamente desde una unidad de hospitalización a un geriátrico o un centro residencial comunitario si la persona no ha sido diagnosticada con una discapacidad del desarrollo ni con una enfermedad mental y no cuenta con un poder notarial para la atención médica ni con un guardián. El representante del paciente también puede hacer lo siguiente:

1. Tomar decisiones sobre la atención médica en la misma medida que lo haría un guardián.
2. Inscribir a la persona incapacitada en el programa de Medicaid en la misma medida que lo haría el guardián de los bienes.
3. Autorizar gastos relacionados con la atención médica en la misma medida que lo haría el guardián de los bienes.

¿Quién puede actuar como representante de un paciente?

Las siguientes personas, en el siguiente orden de prioridad, pueden actuar como el representante del paciente y dar su consentimiento para el ingreso de una persona incapacitada directamente desde una unidad de hospitalización a un geriátrico o a un centro residencial comunitario:

- (a) El cónyuge o la pareja de hecho de la persona incapacitada conforme al cap. 770.
- (b) Un hijo o una hija mayor de edad de la persona incapacitada.
- (c) Uno de los padres de la persona incapacitada.
- (d) Un hermano o hermana mayor de edad de la persona incapacitada.
- (e) Un abuelo o una abuela de la persona incapacitada.
- (f) Un nieto o una nieta mayor de edad de la persona incapacitada.
- (g) Un amigo cercano mayor de edad de la persona incapacitada.

¿Cuándo finalizan las facultades del representante para actuar en nombre del paciente?

Las facultades del representante del paciente para tomar decisiones sobre la atención médica en la misma medida que lo haría el guardián de una persona, inscribir a la persona incapacitada en el programa Medical Assistance en la misma medida que lo haría el guardián de los bienes y autorizar gastos relacionados con la atención médica en la misma medida que lo haría el guardián de los bienes finalizan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Un tribunal designa a un guardián para la persona incapacitada.
2. La persona incapacitada recibe el alta y es derivada a un entorno que no es un geriátrico ni un centro residencial comunitario.
3. Se presenta un poder notarial para la atención médica otorgado con anterioridad que no se había presentado en el momento en que se designó al representante del paciente.

F-03436S

4. Un médico o un profesional de la salud de práctica avanzada ha determinado que la persona ya no se encuentra incapacitada.

Información sobre la persona incapacitada:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio permanente (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del centro al que ingresa: _____

Dirección del centro al que ingresa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Información sobre el representante del paciente:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con la persona incapacitada: _____

Dirección (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Declaraciones del representante del paciente

En calidad de representante del paciente (nombre de la persona incapacitada) _____,
declaro lo siguiente:

1. Como representante del paciente, reconozco que puedo tomar decisiones sobre la atención médica en la misma medida que lo haría el guardián de una persona y autorizar gastos relacionados con la atención médica en la misma medida que lo haría el guardián de los bienes, incluida la inscripción en el programa Medicaid en su nombre. Wis. Stat. § 50.06 (8)(a)(2)(a).
 Sí No
2. Me comprometo a tomar decisiones médicas relativas al ingreso, la atención y el tratamiento en el centro de atención (un geriátrico o un centro residencial comunitario) en nombre de la persona

incapacitada, y a autorizar los gastos relacionados con la atención médica recibida en dicho centro en nombre de la persona incapacitada. Wis. Stat. § 50.06 (8)(a)(2)(b).

Sí No

3. A mi leal saber y entender, el paciente incapacitado no cuenta con un representante de atención médica (con un poder notarial para la atención médica) tal como se define en el s. 155.01 (4), stats., ni con un guardián, según se define en el s. 54.01 (12), stats. Wis. Stat. § 50.06 (8)(a)(2)(c).

Sí No

4. A mi leal saber y entender, no poseo un poder notarial para la atención médica vigente y no se me ha declarado incapaz para esta función. Wis. Stat. §50.06 (8)(a)(2)(d).

Sí No

5. Al actuar en nombre de la persona incapacitada para tomar decisiones sobre la atención médica, inscribirse en el programa de Medicaid y autorizar gastos relacionados con la atención médica, me comprometo a actuar con el mismo cuidado, diligencia y buena fe que una persona capacitada utiliza para sí misma. Wis. Stat. § 50.06 (8)(a)(2)(e).

Sí No

6. Entiendo mi función y mis responsabilidades como representante del paciente incapacitado, incluido el momento en que finalizan mis facultades para actuar como tal, y que no puedo autorizar gastos relacionados con la atención médica si el paciente incapacitado cuenta con un apoderado en virtud de un poder notarial por tiempo indeterminado, tal como se define en el s. 244.02 (3), stats., quien puede autorizar los gastos relacionados con la atención médica. Wis. Stat. § 50.06 (8)(a)(2)(f).

Sí No

7. A mi leal saber y entender, no existe ningún familiar que pertenezca a una categoría superior en el orden de prioridad (véase más abajo), o ningún familiar de una categoría superior en el orden de prioridad está dispuesto a tomar decisiones sobre la atención médica en nombre de la persona incapacitada. Wis. Stat. § 50.06 (8)(a)(2)(g).

Las siguientes personas, en el siguiente orden de prioridad, pueden aceptar la función de representante del paciente:

(a) El cónyuge o la pareja de hecho de la persona incapacitada conforme al cap. [770](#).

(b) Un hijo o una hija mayor de edad de la persona incapacitada.

(c) Uno de los padres de la persona incapacitada.

(d) Un hermano o hermana mayor de edad de la persona incapacitada.

(e) Un abuelo o una abuela de la persona incapacitada.

(f) Un nieto o una nieta mayor de edad de la persona incapacitada.

(g) Un amigo cercano mayor de edad de la persona incapacitada.

Sí No

8. La lista de familiares a los que se puede contactar razonablemente y que recibirán una copia de esta declaración firmada incluye a los siguientes: Wis. Stat. § 50.06 (8)(a)(2)(h).

○ **Cónyuge o pareja de hecho**

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

F-03436S

○ **Hijos mayores de edad**

Nombre(s): _____

Domicilio(s): _____

Número(s) de teléfono: _____

○ **Padre o madre**

Nombre(s): _____

Domicilio(s): _____

Número(s) de teléfono: _____

○ **Hermano(s) o hermana(s) mayor(es) de edad**

Nombre(s): _____

Domicilio(s): _____

Número(s) de teléfono: _____

○ **Abuelo(s) o abuela(s)**

Nombre(s): _____

Domicilio(s): _____

Número(s) de teléfono: _____

○ **Nieto(s) o nieta(s) mayor(es) de edad**

Nombre(s): _____

Domicilio(s): _____

Número(s) de teléfono: _____

En la página 5 de este documento hay un espacio adicional para incluir a los familiares que pertenecen a las categorías de parientes más cercanos.

Declaro, bajo pena de perjurio según la legislación de Wisconsin, que lo anterior es verdadero y correcto.

► Firma: _____

Nombre (en imprenta o teclado): _____

Firmado el día _____ de _____ [mes], _____ [año], en _____ [ciudad u otra localidad, y estado o país].

