



# Choices and Champions<sup>®</sup>

## Funciones y responsabilidades de mi agente de atención de salud

Estimado \_\_\_\_\_ (nombre de su agente de atención de salud)

- 1** Su función es tomar decisiones respecto a la atención de salud en mi nombre si no soy capaz de tomar esas decisiones por mí mismo. Cuando yo no tenga la capacidad de tomar mis propias decisiones de atención de salud, mi médico se lo hará saber.
  - 2** Le daré una copia de mi documento de poder notarial para atención médica. En este documento figurará cualquier instrucción especial. Confío en que seguirá mis instrucciones y respetará mis deseos. Sé que quizás esto no sea fácil para usted, puesto que mis decisiones pueden ser distintas a las decisiones que tomaría para usted, o que considera la mejor opción para mí.
  - 3** Como mi agente de atención de salud, podrá hacer muchas cosas por mí, entre ellas:
    - Iniciar o detener medidas de prolongación de la vida.
    - Tomar decisiones sobre el tratamiento de mi salud mental.
    - Elegir mis médicos y dónde recibo mi atención.
    - Ver y compartir mi información médica.
- Si no quiero que tome ciertas decisiones por mí, lo he indicado en mi documento de poder notarial para atención médica.
- 4** Le pido que tome las decisiones sobre mi atención según mis objetivos y deseos. Es muy importante que dediquemos tiempo a hablar al respecto, para que usted comprenda mis objetivos y la atención que deseo.
  - 5** Si necesito atención médica y no puedo tomar mis propias decisiones sobre el tratamiento, hable sobre mi afección médica y mis opciones de tratamiento con los miembros de mi equipo de atención de salud. Pídales cualquier información médica que necesite y que le expliquen cualquier cosa que no comprenda. La información que proporcionen le ayudará a tomar decisiones informadas sobre mi tratamiento.
  - 6** Si más adelante decide que ya no puede ser mi agente de atención de salud, hágamelo saber. De igual manera, si decido nombrar a otra persona como mi agente de atención de salud, se lo haré saber. Cualquiera de estas dos decisiones lo exonerará de cualquier responsabilidad como mi agente de atención de salud a partir de ese momento.
  - 7** Comuníquese con Choices and Champions al teléfono 1-844-677-5134 o a la dirección [ChoicesandChampions@NovantHealth.org](mailto:ChoicesandChampions@NovantHealth.org) para obtener recursos adicionales o formular preguntas.

Gracias por ser mi agente de atención de salud,

\_\_\_\_\_ (su firma)

