

Estado de Ohio

Poder notarial para atención de la salud

[Sección 1337 del Código Revisado de Ohio]

(Nombre completo en letra de imprenta)

(Fecha de nacimiento)

Este es mi Poder notarial para atención de la salud. Revoco todos los poderes notariales para atención de la salud anteriores que haya firmado. Comprendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si se determina que alguna disposición es inválida o inaplicable, no afectará el resto de este documento.

Comprendo que mi Representante legal puede tomar decisiones de atención de la salud por mí solo cuando mi médico tratante haya determinado que he perdido la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud. Sin embargo, esto no exige ni implica que un tribunal deba declararme incapacitado.

Definiciones

Adulto se refiere a una persona que tiene 18 años o más.

Representante legal o Apoderado significa un adulto competente que una persona (el "Poderdante") puede nombrar en un Poder notarial para atención de la salud para tomar decisiones de atención de la salud en nombre del Poderdante.

Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente significa alimentos y líquidos proporcionados a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa. *[Puede rechazar o suspender una sonda de alimentación o autorizar a su Representante legal del Poder notarial para atención de la salud a rechazar o suspender la alimentación o hidratación artificial].*

Bono de garantía se refiere a una póliza de seguro emitida para proteger los activos de la persona bajo tutela contra robos o pérdidas causados por el hecho de que el Tutor del patrimonio no cumple sus obligaciones.

Cuidado paliativo significa cualquier medida, procedimiento, tratamiento o intervención médica o de enfermería, incluida alimentación o hidratación, que se hace para disminuir el dolor o las molestias de un paciente, pero no para posponer la muerte.

RCP significa reanimación cardiopulmonar, una de las varias maneras de restablecer la respiración o los latidos cardíacos de una persona una vez que se ha detenido. No incluye abrir las vías respiratorias de una persona por un motivo que no sea la reanimación.

Orden de no reanimación o DNR es una orden médica escrita en el registro de un paciente para indicar que el paciente no debe recibir reanimación cardiopulmonar.



Tutor se refiere a la persona designada por un tribunal a través de un procedimiento legal para tomar decisiones en nombre de una persona bajo tutela. Se establece una **Tutela** mediante dicha designación judicial.

Atención de la salud significa cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Decisión de atención de la salud significa otorgar el consentimiento informado, negarse a otorgar el consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para la atención de la salud.

El **Poder notarial para atención de la salud** es un documento legal que permite al Poderdante autorizar a un Representante legal para que tome decisiones de atención de la salud por el Poderdante en la mayoría de las situaciones de atención de la salud cuando el Poderdante ya no puede tomar decisiones. Además, el Poderdante puede autorizar al Representante legal a recopilar información médica protegida para y en nombre del Poderdante de inmediato o en cualquier otro momento. Un poder notarial para atención de la salud NO es un poder notarial financiero.

El documento del Poder notarial para atención de la salud también puede utilizarse para designar a una persona para que actúe como Tutor para la persona o para el patrimonio del Poderdante. Incluso si un tribunal designa a un Tutor para el Poderdante, el Poder notarial para atención de la salud permanece vigente a menos que el tribunal establezca lo contrario.

Tratamiento de soporte vital significa cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida médica que, cuando se administra a un paciente, prolonga principalmente el proceso de muerte.

La **Declaración del Testamento en vida** es un documento legal que permite que un adulto competente (“Declarante”) especifique qué atención de la salud desea o no desea recibir si tiene una enfermedad terminal o queda inconsciente de forma permanente y ya no puede comunicar sus deseos. NO constituye ni reemplaza un testamento, el cual se utiliza para designar a un albacea que administre el patrimonio de una persona después de su fallecimiento.

Estado de inconsciencia permanente se refiere a una afección irreversible en la que el paciente está permanentemente inconsciente de sí mismo y su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que ha perdido totalmente la función cerebral superior y no puede sufrir ni sentir dolor.

Poderdante se refiere a un adulto competente que firma un Poder notarial para atención de la salud.

Afección terminal significa una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, afección o lesión a la cual, conforme a un grado razonable de certeza médica y según lo determinado de acuerdo con estándares médicos razonables por el médico tratante de un Poderdante y otro médico que haya examinado al Poderdante, se aplican las dos condiciones siguientes: (1) no puede haber recuperación y (2) es probable que la muerte ocurra en un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

Persona bajo tutela es la persona que el tribunal ha determinado que está incapacitada. La integridad, el patrimonio financiero o ambos de la persona bajo tutela están protegidos por un Tutor que el tribunal designa y supervisa.

Nombramiento de mi Representante legal. La persona que se menciona a continuación es mi Representante legal, quien tomará las decisiones de atención de la salud por mí, según lo autorizado en este documento.

Nombre y relación del Representante legal: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____



Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi Representante legal a obtener mi información médica protegida de inmediato y en cualquier momento futuro.

Orientación para el Representante legal. Mi Representante legal tomará decisiones de atención de la salud por mí en función de mis instrucciones en este documento y mis deseos que, de otro modo, mi Representante legal conoce. Si mi Representante legal cree que mis deseos entran en conflicto con lo que se incluye en este documento, prevalecerá este documento. Si no hay instrucciones y mis deseos no son claros o se desconocen para una situación en particular, mi Representante legal determinará lo mejor para mí después de considerar los beneficios, las desventajas y los riesgos que podrían derivarse de una decisión determinada. Si no hay ningún Representante legal disponible, este documento guiará las decisiones sobre la atención de mi salud.

Nombramiento de Representantes legales alternativos. Si mi Representante legal mencionado anteriormente no está disponible de inmediato o no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí, entonces nombro, en el siguiente orden de prioridad, a las personas enumeradas a continuación como mis Representantes alternativos *[tache cualquier línea no utilizada]*:

Tachar la sección si no se usa	Nombre del primer Representante legal alternativo y relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____
	Nombre del segundo Representante legal alternativo y relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____

Cualquier persona puede confiar en la declaración de cualquier Representante legal mencionado anteriormente de que está actuando debidamente conforme a este documento y no es necesario que dicha persona haga ninguna otra investigación o consulta.

Autoridad del Representante legal. A excepción de aquellos elementos que he tachado y sujeto a cualquier elección que haya tomado en este Poder notarial para atención de la salud, mi Representante legal tiene plena autoridad para tomar todas las decisiones de atención de la salud por mí. Esta autoridad incluye, entre otros, autoridad para lo siguiente:

1. Consentir la administración de fármacos, tratamientos o procedimientos (incluida una cirugía) para aliviar el dolor que mi Representante legal, con asesoramiento médico, considere que pueden brindarme comodidad, aunque dichos fármacos, tratamientos o procedimientos puedan acelerar mi muerte.
2. Si tengo una afección terminal y no tengo una Declaración del Testamento en vida que aborde el tratamiento para dicha afección, tomar decisiones con respecto al tratamiento de soporte vital, incluida la alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente.
3. Dar, retirar o negarse a dar el consentimiento informado para cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida de atención de la salud.
4. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, sobre mi afección física o mental, incluidos, entre otros, todos mis registros médicos y de atención de la salud.
5. Consentir la divulgación adicional de información y divulgar información médica y relacionada con mi afección y tratamiento a otras personas.
6. Ejecutar por mí cualquier descargo u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener información médica y relacionada.
7. Firmar consentimientos, exenciones y descargos de responsabilidad por mí y mi patrimonio para todas las personas que cumplan con las instrucciones y decisiones de mi Representante legal. Indemnizar y eximir de responsabilidad, a mi expensa, a cualquier persona que actúe en función de este Poder notarial para atención de la salud. Estaré sujeto a dicha indemnización celebrada por mi Representante legal.
8. Seleccionar, emplear y cancelar los servicios del personal de atención de la salud en el hogar y similares.
9. Seleccionar, contratar para mi ingreso, transferirme o autorizar mi alta hospitalaria de cualquier centro médico o de atención de la salud, incluidos, entre otros, hospitales, hogares para ancianos, centros de atención asistida, hogares para adultos y lugares similares.
10. Trasladarme o coordinar mi traslado a un lugar donde se respete este Poder notarial para atención de la salud, si estoy en un lugar donde no se cumplen los términos de este documento.
11. Completar y firmar por mí lo siguiente:
 - Consentimientos para un tratamiento de atención de la salud, o para la emisión de Órdenes de no reanimación (DNR) u otras órdenes similares.
 - Solicitudes para mi traslado a otro centro, para recibir el alta hospitalaria, aunque se desaconseje médicamente, u otras solicitudes similares.
 - Cualquier otro documento deseable o necesario para implementar decisiones de atención de la salud que mi Representante legal esté autorizado a tomar de conformidad con este documento.

Instrucciones especiales. *[Estas instrucciones se aplican solo si NO tengo una Declaración del Testamento en vida].*

Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi Representante legal a rechazar o, si el tratamiento ha comenzado, a retirar el consentimiento, el suministro de alimentación o hidratación por vía artificial o tecnológica si estoy en un estado de inconsciencia permanente

Y mi médico y al menos otro médico que me ha examinado han determinado, conforme a un grado razonable de certeza médica, que la alimentación y la hidratación suministradas artificial o tecnológicamente no me brindarán comodidad ni aliviarán mi dolor. [Sección 1337.13(E)(2)(a) y (b) del Código Revisado de Ohio]

Limitaciones a la autoridad del Representante legal. Comprendo que existen limitaciones a la autoridad de mi Representante legal en virtud de la ley de Ohio:

1. Mi Representante legal no tiene autoridad para rechazar ni retirar el consentimiento informado para la atención de la salud necesaria para proporcionar cuidados paliativos.
2. Mi Representante legal no tiene autoridad para rechazar ni retirar el consentimiento informado para atención de la salud si estoy embarazada, si el rechazo o retiro de atención de la salud terminarían el embarazo, a menos que el embarazo o la atención de la salud representen un riesgo sustancial para mi vida, o a menos que mi médico tratante y al menos otro médico, conforme a un grado razonable de certeza médica, determinen que el feto no nacería vivo.
3. Mi Representante legal no puede ordenar el retiro del tratamiento de soporte vital, incluida la alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente, a menos que yo tenga una afección terminal o esté en un estado de inconsciencia permanente y dos médicos hayan determinado que el tratamiento de soporte vital no me proporcionaría o ya no me brindaría comodidad ni aliviaría mi dolor.
4. Si previamente otorgué mi consentimiento para cualquier tipo de atención de la salud, mi Representante legal no puede suspender ese tratamiento a menos que mi afección haya cambiado significativamente como para que la atención de mi salud me resulte mucho menos beneficiosa, o a menos que la atención de mi salud no esté dando el resultado esperado.

Instrucciones o limitaciones adicionales. Puedo dar instrucciones adicionales o imponer limitaciones adicionales a la autoridad de mi Representante legal. A continuación, comunico mis instrucciones o limitaciones específicas:

[Si el espacio debajo no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales. Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales, escriba "Ninguna" debajo].

DESIGNACIÓN DE UN TUTOR

[Sección 1337.28 (A) y Sección 2111.121 del Código Revisado de Ohio]

[Aunque no tiene la obligación de hacerlo, puede utilizar este documento para designar a un Tutor, en caso de que se inicien procedimientos de tutela, para su persona o su patrimonio].

Comprendo que la persona que designe no está obligada a aceptar las obligaciones de la tutela y que el tribunal de sucesiones tiene jurisdicción sobre cualquier tutela. [Sección 2111.121(C) del Código Revisado de Ohio]

Comprendo que el tribunal respetará mis designaciones, excepto que se demuestre una buena causa para no hacerlo o exista una descalificación. [Sección 2111.121(B) del Código Revisado de Ohio]

Comprendo que, si se designa a un **Tutor para la persona** para mí, las obligaciones de dicho Tutor incluirían tomar decisiones diarias de naturaleza personal en mi nombre, como alimentos, ropa y arreglos de vivienda; sin embargo, este o cualquier Poder notarial para atención de la salud posterior permanecería vigente y controlaría las decisiones de atención de mi salud, a menos que el tribunal determine lo contrario. El tribunal determinará los límites, suspenderá o rescindirá este o cualquier Poder notarial para atención de la salud posterior, si determina que la limitación, suspensión o rescisión es lo mejor para mí. [Sección 1337.28 (C) del Código Revisado de Ohio]

Es mi intención que la autoridad otorgada a mi Representante legal en mi Poder notarial para atención de la salud elimine la necesidad de que un tribunal designe a un Tutor para mi persona. Sin embargo, en caso de que comiencen dichos procedimientos, designo a las personas que figuran a continuación en el orden indicado como **Tutores para mi persona**.



Al escribir mis iniciales, mi firma, una marca de verificación u otra marca en esta casilla, designo a mi Representante legal y a mi Representante legal alternativo, si lo hubiera, como **Tutor para mi persona**, en el orden mencionado anteriormente.

Si no elijo a mi Representante legal o un Representante legal alternativo como **Tutor para mi persona**, elijo a las siguientes personas, en este orden *[tache cualquier línea no utilizada]*:

Tachar la sección si no se usa

Nombre del Tutor para mi persona y mi relación con este: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

Nombre del Tutor alternativo para mi persona y mi relación con este: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

El **Tutor para el patrimonio** es la persona designada por un tribunal para tomar decisiones financieras en nombre de la persona bajo su tutela, con la participación del tribunal. Se requiere que el Tutor para el patrimonio tenga un bono de garantía, a menos que se renuncie a dicho bono por escrito o que el tribunal lo considere innecesario.

Al escribir mis iniciales, mi firma, una marca de verificación u otra marca en esta casilla, designo a mi Representante legal o a mi Representante legal alternativo, si lo hubiera, como **Tutor para mi patrimonio**, en el orden mencionado anteriormente.

Si no elijo a mi Representante legal o un Representante legal alternativo como **Tutor para mi patrimonio**, elijo a las siguientes personas, en este orden *[tache cualquier línea no utilizada]*:

Tachar la sección si no se usa	Nombre del Tutor para mi patrimonio y mi relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____
	Nombre del Tutor alternativo para mi patrimonio y mi relación con este: _____
	Dirección: _____
Números de teléfono: _____	

Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, ordeno que se renuncie al bono de garantía para el Tutor o **Tutor sucesor de mi patrimonio**. [Sección 1337.28(B) del Código Revisado de Ohio]

Si **no** marco esta casilla, significa que espero que el Tutor o Tutor sucesor de mi patrimonio tenga un bono de garantía. [Sección 1337.28(B) del Código Revisado de Ohio]

Sin fecha de vencimiento. Este Poder notarial para atención de la salud no tendrá fecha de vencimiento y no se verá afectado por mi discapacidad ni por el paso del tiempo.

Ejecución por parte del Representante legal. Mi Representante legal puede tomar por mí, a mi expensa, cualquier medida que considere aconsejable para hacer cumplir mis deseos en virtud de este documento.

Exención de responsabilidad personal del Representante legal. Mi Representante legal no será responsable ante mí ni ante ninguna otra persona por ningún incumplimiento, a menos que dicho incumplimiento se haya cometido de manera deshonesto, por un motivo indebido o con una indiferencia imprudente a los fines de este documento o mis mejores intereses. [Sección 1337.35 del Código Revisado de Ohio]

Las copias son las mismas que las originales. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento. [Sección 1337.26(D) del Código Revisado de Ohio]

Solicitud fuera del estado. Es mi intención que este documento se respete en cualquier jurisdicción en la medida permitida por la ley. [Sección 1337.26(C) del Código Revisado de Ohio]

He completado un **Testamento en vida**:

Sí _____ No _____

FIRMA DEL PODERDANTE

Comprendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia y a mi médico, abogado, consejero religioso y otras personas sobre este Poder notarial para atención de la salud. Comprendo que puedo entregar copias de este documento a cualquier persona.

Comprendo que puedo presentar una copia de este Poder notarial para atención de la salud ante el tribunal de sucesiones para su custodia. [Sección 1337.12(E)(3) del Código Revisado de Ohio]

Comprendo que debo firmar este Poder notarial para atención de la salud e indicar la fecha de mi firma, y que mi firma debe ser presenciada por dos adultos que sean elegibles para presenciar mi firma O debe ser reconocida ante un notario público. [Sección 1337.12 del Código Revisado de Ohio]

Firmo con mi nombre este Poder notarial para atención de la salud

el _____, en _____, Ohio.

Director

[Elija testigos O un Reconocimiento Notarial].

TESTIGOS [Sección 1337.12(B) del Código Revisado de Ohio]

[Las siguientes personas NO PUEDEN actuar como testigos de este Poder notarial para atención de la salud:

- *Su Representante legal, si tiene uno;*
- *El Tutor para su persona o patrimonio, si tiene uno;*
- *Su Representante legal o Tutor alternativo o sucesor, si tiene uno;*
- *Cualquier persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción (por ejemplo, su cónyuge e hijos);*
- *Su médico tratante;*
- *El administrador de cualquiera hogar para ancianos donde reciba atención].*

AVISO PARA ADULTOS QUE EJECUTAN ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante. Antes de ejecutar este documento, debe conocer esta información:

Este documento le otorga a la persona que designe (el Apoderado) el poder de tomar la MAYORÍA de las decisiones de atención de la salud por usted si pierde la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta. Este poder entra en vigencia solo cuando su médico tratante determine que ha perdido la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta y, a pesar de este documento, siempre que usted tenga la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta, conserva el derecho de tomar todas las decisiones médicas y otras decisiones de atención de la salud por su cuenta.

Puede incluir limitaciones específicas en este documento sobre la autoridad del Apoderado para tomar decisiones de atención de la salud por usted.

Sujeto a cualquier limitación específica que incluya en este documento, si su médico tratante determina que ha perdido la capacidad para tomar una decisión informada sobre un asunto de atención de la salud, GENERALMENTE, el Apoderado estará autorizado por este documento para tomar decisiones de atención de la salud por usted en la misma medida en que usted podría tomarlas por su cuenta, si tuviera la capacidad de hacerlo. La autoridad del Apoderado para tomar decisiones de atención de la salud en su nombre GENERALMENTE incluirá la autoridad para otorgar el consentimiento informado, negarse a otorgar el consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento cuyo fin sea mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental.

SIN EMBARGO, incluso si el Apoderado tiene autoridad general para tomar decisiones de atención de la salud en su nombre en virtud de este documento, NUNCA estará autorizado a realizar ninguna de las siguientes acciones.

(1) Rechazar o retirar el consentimiento informado para el tratamiento de soporte vital, a menos que su médico tratante y otro médico que lo examine determinen, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que su caso es uno de los siguientes:

(a) Tiene una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, afección o lesión
(i) de la cual no puede recuperarse y
(ii) es probable que su muerte ocurra en un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital, y su médico tratante determina además, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta.

(b) Usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente que se caracteriza por haber perdido irreversiblemente la conciencia de sí mismo y de su entorno, y por una pérdida total del funcionamiento cortical cerebral, lo que hace que no tenga capacidad de experimentar dolor o sufrimiento, y su médico tratante determina además, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta.

(2) Rechazar o retirar el consentimiento informado para atención de la salud necesaria para proporcionarle cuidados paliativos (excepto que, si el Apoderado no tiene prohibido hacerlo en virtud del punto (4) a continuación, podría rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de alimentación o hidratación según se describe en el punto (4) a continuación). **(Debe comprender que la ley de Ohio define los cuidados paliativos como el sustento (alimentación) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente para disminuir su dolor o molestia, no para posponer su muerte, y cualquier otro procedimiento, tratamiento, intervención**

u otra medida médica o de enfermería que se tomaría para disminuir su dolor o molestia, no para posponer su muerte. En consecuencia, si su médico tratante determinara que un procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida médica o de enfermería descrita anteriormente no servirá o ya no servirá para brindarle comodidad o aliviar su dolor, entonces, sujeto al punto (4) a continuación, su Apoderado estaría autorizado a rechazar o retirar el consentimiento informado para el procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida).

(3) Rechazar o retirar el consentimiento informado para atención de la salud si está embarazada y si el rechazo o retiro terminarían el embarazo (a menos que el embarazo o la atención de la salud representen un riesgo sustancial para su vida, o a menos que su médico tratante y al menos otro médico que la examine determinen, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que el feto no nacería vivo).

(4) Rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de sustento (alimentación) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente, a menos que:

(a) Tenga una afección terminal o se encuentre en un estado de inconsciencia permanente.

(b) Su médico tratante y al menos otro médico que lo haya examinado determinen, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que la alimentación o hidratación no servirá o ya no servirá para brindarle comodidad o aliviar su dolor.

(c) Si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente, y solo en ese caso, usted autorice al Apoderado a rechazar o retirar el consentimiento informado para que le suministren alimentación o hidratación al hacer lo siguiente en este documento:

(i) Incluir una declaración en mayúsculas u otro formato visible, incluidas, entre otras, una fuente diferente, letras más grandes o en negrita, que indique que el Apoderado puede rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de alimentación o hidratación si usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente y se determina que la alimentación o hidratación no servirá o ya no servirá para brindarle comodidad o aliviar su dolor; o bien, marcar una casilla o línea (si la hubiera) adyacente a una declaración similar en este documento;

(ii) Escribir sus iniciales o su firma debajo o junto a la declaración o la marca descrita anteriormente.

(d) Su médico tratante determine, de buena fe, que usted autorizó al Apoderado a rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de alimentación o hidratación si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente porque cumple con los requisitos del punto (4)(c)(i) y (ii) anteriores.

(5) Retirar el consentimiento informado para cualquier atención de la salud que haya consentido previamente, a menos que un cambio en su condición física haya disminuido significativamente el beneficio de dicha atención de la salud, o a menos que la atención de la salud no sea, o ya no sea, significativamente eficaz para lograr los resultados esperados.

Además, al ejercer la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud por usted, el Apoderado tendrá que actuar de manera coherente con sus deseos o, si no conoce sus deseos, actuar en su mejor interés. Puede expresarle sus deseos al Apoderado incluyéndolos en este documento o puede comunicárselos de otro modo.

Cuando actúe de conformidad con este documento, GENERALMENTE, el Apoderado tendrá los mismos derechos que tiene usted de recibir información sobre la atención de la salud propuesta, revisar los registros de atención de la salud y dar su consentimiento para la divulgación de los registros de atención de la salud. Si lo desea, puede limitar ese derecho en este documento.

En general, puede designar a cualquier adulto competente como Apoderado en virtud de este documento. Sin embargo, en virtud de este documento, NO PUEDE designar como Apoderado a su médico tratante ni al administrador de ningún hogar para ancianos en el que esté recibiendo atención. Sin embargo, en virtud de este documento, NO PUEDE designar como Apoderado a su médico tratante ni al administrador de ningún hogar para ancianos en el que esté recibiendo atención. Además, en virtud de este documento, NO PUEDE designar como Apoderado a un empleado o agente de su médico tratante, ni a un empleado o agente de un centro de atención de la salud en el que esté siendo tratado, a menos que ese empleado o agente sea un adulto competente y tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción, o a menos que ese empleado o agente sea un adulto competente y usted y el empleado o agente sean miembros de la misma orden religiosa.

Este documento no tiene fecha de vencimiento en virtud de la ley de Ohio, pero puede elegir especificar una fecha en la que vencerá su poder notarial permanente para atención de la salud. No obstante, si especifica una fecha de vencimiento y luego carece de la capacidad para tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta en esa fecha, el documento y el poder que le otorga a su Apoderado continuarán vigentes hasta que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta.

Tiene derecho a revocar la designación del Apoderado y a revocar la totalidad de este documento en cualquier momento y de cualquier manera. Dicha revocación generalmente entrará en vigencia cuando exprese su intención de realizar la revocación. Sin embargo, si informó a su médico tratante sobre este documento, dicha revocación entrará en vigencia solo cuando se lo comunique a su médico tratante, o cuando un testigo de la revocación u otro personal de atención de la salud a quien dicho testigo comunicó la revocación se lo comunique a su médico tratante.

Si firma este documento y crea un poder notarial permanente válido para atención de la salud, revocará cualquier poder notarial permanente válido anterior para atención de la salud que haya creado, a menos que indique lo contrario en este documento.

Este documento no es válido como un poder notarial permanente para atención de la salud, a menos que sea reconocido ante un notario público o esté firmado por al menos dos testigos adultos que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma. Ninguna persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción puede ser testigo. El Apoderado, su médico tratante y el administrador de cualquier hogar para ancianos en el que esté recibiendo atención tampoco son elegibles para ser testigos. Si tiene dudas sobre el contenido de este documento, consulte con su abogado para recibir una explicación.

Aviso según lo exige la Sección 1337.17 del Código Revisado de Ohio

ANEXO

Este aviso no se actualizó cuando se modificaron ciertas disposiciones de la ley con respecto al Poder notarial para atención de la salud en marzo de 2014. Tenga en cuenta los siguientes cambios:

Aunque no tiene la obligación de hacerlo, puede autorizar a su Representante legal a obtener su información médica, incluida información protegida por la ley y que de otro modo no esté disponible para su Representante legal. Puede autorizar a su Representante legal a tener acceso a su información médica inmediatamente después de firmar este documento o en cualquier momento posterior, aunque aún pueda tomar sus propias decisiones de atención de la salud.

Asimismo, aunque no tiene la obligación de hacerlo, puede utilizar este documento para designar Tutores para su persona o patrimonio, en caso de que se inicien procedimientos de tutela.

©Enero de 2022. Puede reimprimirse y copiarse para su uso por parte del público, abogados, médicos y osteópatas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas y asociaciones y organizaciones sin fines de lucro. No puede reproducirse comercialmente para la venta con fines de lucro.

Estado de Ohio

Declaración del Testamento en vida

Aviso para el Declarante

El propósito de esta Declaración del Testamento en vida es documentar su deseo de que el tratamiento de soporte vital, incluidas la alimentación e hidratación suministradas artificial o tecnológicamente, se rechace o retire si no puede tomar decisiones médicas informadas y tiene una enfermedad terminal o está en un estado de inconsciencia permanente. Esta Declaración no afecta la responsabilidad del personal de atención de la salud de brindarle cuidados paliativos. Cuidado paliativo significa cualquier medida tomada para disminuir el dolor o las molestias, pero no para posponer la muerte.

Si decide no limitar ninguna de las formas de tratamiento de soporte vital, incluida la RCP, tiene el derecho legal de elegirlo y es posible que desee indicar sus preferencias de tratamiento médico por escrito en un documento diferente.

En virtud de la ley de Ohio, una Declaración del Testamento en vida se aplica **solo a personas que padecen una enfermedad terminal o se encuentran en un estado de inconsciencia permanente**. Si desea dirigir el tratamiento médico en otras circunstancias, debe preparar un Poder notarial para atención de la salud. Si tiene una afección terminal o está en un estado de inconsciencia permanente, esta Declaración del Testamento en vida prevalece sobre un Poder notarial para atención de la salud.

[Debe considerar completar una nueva Declaración del Testamento en vida si su afección médica cambia o si más adelante decide completar un Poder notarial para atención de la salud. Si tiene una Declaración del Testamento en vida y un Poder notarial para atención de la salud, debe conservar copias de ambos documentos juntos. Lleve su documento cada vez que sea paciente en un centro de atención de la salud o cuando actualice sus registros médicos con su médico].



Ohio

Declaración del Testamento en vida

[Sección 2133 del Código Revisado de Ohio]

(Nombre completo en letra de imprenta)

(Fecha de nacimiento)

Esta es mi Declaración del Testamento en vida. Revoco todas las Declaraciones del Testamento en vida anteriores que haya firmado. Comprendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si se determina que alguna disposición es inválida o inaplicable, no afectará el resto de este documento.

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y no estoy sujeto a coacción, fraude ni influencia indebida. Soy un adulto competente que comprende y acepta las consecuencias de esta acción. Declaro voluntariamente mi instrucción de que mi muerte no se posponga artificialmente.
[Sección 2133.02 (A)(1) del Código Revisado de Ohio]

Es mi intención que mi familia y mis médicos respeten esta Declaración del Testamento en vida como la expresión final de mi derecho legal a rechazar determinada atención de la salud.
[Sección 2133.03(B)(2) del Código Revisado de Ohio]

Definiciones

Adulto se refiere a una persona que tiene 18 años o más.

Representante legal o Apoderado significa un adulto competente que una persona (el “Poderdante”) puede nombrar en un Poder notarial para atención de la salud para tomar decisiones de atención de la salud en nombre del Poderdante.

Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente significa alimentos y líquidos proporcionados a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa. *[Puede rechazar o suspender una sonda de alimentación o autorizar a su Representante legal del Poder notarial para atención de la salud a rechazar o suspender la alimentación o hidratación artificial].*

Cuidado paliativo significa cualquier medida, procedimiento, tratamiento o intervención médica o de enfermería, incluida alimentación o hidratación, que se hace para disminuir el dolor o las molestias de un paciente, pero no para posponer la muerte.

RCP significa reanimación cardiopulmonar, una de las varias maneras de restablecer la respiración o los latidos cardíacos de una persona una vez que se ha detenido. No incluye abrir las vías respiratorias de una persona por un motivo que no sea la reanimación.

El **Declarante** es la persona que firma la Declaración del Testamento en vida.

Orden de no reanimación o DNR es una orden médica escrita en el registro de un paciente para indicar que el paciente no debe recibir reanimación cardiopulmonar.

Atención de la salud significa cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Decisión de atención de la salud significa otorgar el consentimiento informado, negarse a otorgar el consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para la atención de la salud.

El **Poder notarial para atención de la salud** es un documento legal que permite al Poderdante autorizar a un Representante legal para que tome decisiones de atención de la salud por el Poderdante en la mayoría de las situaciones de atención de la salud cuando el Poderdante ya no puede tomar esas decisiones. Además, el Poderdante puede autorizar al Representante legal a recopilar información médica protegida para y en nombre del Poderdante de inmediato o en cualquier otro momento. Un Poder notarial para atención de la salud NO es un poder notarial financiero.

El documento del Poder notarial para atención de la salud también puede utilizarse para designar a una persona para que actúe como Tutor para la persona o para el patrimonio del Poderdante. Incluso si un tribunal designa a un Tutor para el Poderdante, el Poder notarial para atención de la salud permanece vigente a menos que el tribunal establezca lo contrario.

Tratamiento de soporte vital significa cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida médica que, cuando se administra a un paciente, prolonga principalmente el proceso de muerte.

La **Declaración del Testamento en vida** es un documento legal que permite que un adulto competente (“Declarante”) especifique qué atención de la salud desea o no desea recibir si tiene una enfermedad terminal o queda inconsciente de forma permanente y ya no puede comunicar sus deseos. NO constituye ni reemplaza un testamento, el cual se utiliza para designar a un albacea que administre el patrimonio de una persona después de su fallecimiento.

Estado de inconsciencia permanente se refiere a una afección irreversible en la que el paciente está permanentemente inconsciente de sí mismo y su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que ha perdido totalmente la función cerebral superior y no puede sufrir ni sentir dolor.

Poderdante se refiere a un adulto competente que firma un Poder notarial para atención de la salud.

Afección terminal significa una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, afección o lesión a la cual, conforme a un grado razonable de certeza médica y según lo determinado de acuerdo con estándares médicos razonables por el médico tratante de un Declarante y otro médico que haya examinado al Declarante, se aplican las dos condiciones siguientes: (1) no puede haber recuperación y (2) es probable que la muerte ocurra en un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

Sin fecha de vencimiento. Esta Declaración del Testamento en vida no tendrá fecha de vencimiento. Sin embargo, puedo revocarla en cualquier momento. [Sección 2133.04(A) del Código Revisado de Ohio]

Las copias son las mismas que las originales. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento. [Sección 2133.02(C) del Código Revisado de Ohio]

Solicitud fuera del estado. Es mi intención que este documento se respete en cualquier jurisdicción en la medida permitida por la ley. [Sección 2133.14 del Código Revisado de Ohio]

He completado un **Poder notarial para atención de la salud** Sí _____ No _____

Notificaciones. [Nota: No es necesario que nombre a ninguna persona. Si no nombra a nadie, la ley exige que su médico tratante haga un esfuerzo razonable para notificar a una de las siguientes personas en el orden mencionado: su Tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres o la mayoría de sus hermanos adultos que estén disponibles].

En caso de que mi médico tratante determine que el tratamiento de soporte vital se debe rechazar o retirar, mi médico hará un esfuerzo razonable para notificar a una de las personas mencionadas a continuación, en el siguiente orden de prioridad [*tache cualquier línea no utilizada*]: [Sección 2133.05(2) (a) del Código Revisado de Ohio]

Tachar la sección si no se usa	Nombre del primer contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____
	Nombre del segundo contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____
	Nombre del tercer contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____

Si tengo una **AFECCIÓN TERMINAL** y no puedo tomar mis propias decisiones de atención de la salud, O, si me encuentro en un **ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE** y no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas, indico que mi médico me deje morir de manera natural y solo me brinde **cuidados paliativos**.

Para los fines de que me brinde cuidados paliativos, autorizo a mi médico a lo siguiente:

1. No administrar ningún tratamiento de soporte vital, incluida RCP.
2. Rechazar o retirar la alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente, siempre que, si estoy en un estado de inconsciencia permanente, haya autorizado dicho rechazo o retiro en las **Instrucciones especiales** a continuación y se hayan cumplido las otras condiciones.
3. Emitir una Orden DNR.
4. No tomar ninguna medida para posponer mi muerte y brindarme solo la atención necesaria para que me sienta cómodo y aliviar mi dolor.

Instrucciones especiales.



Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi médico a rechazar o, si el tratamiento ha comenzado, a retirar el consentimiento para el suministro de alimentación o hidratación por vía artificial o tecnológica si estoy en un estado de inconsciencia permanente Y mi médico y al menos otro médico que me ha examinado han determinado, conforme a un grado razonable de certeza médica, que la alimentación y la hidratación suministradas artificial o tecnológicamente no me brindarán comodidad ni aliviarán mi dolor.

[Sección 2133.02(A)(3) y Sección 2133.08 del Código Revisado de Ohio]

Instrucciones o limitaciones adicionales.

[Si el espacio debajo no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales.]
Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales, escriba "Ninguna" debajo].

FIRMA del DECLARANTE

Comprendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia, al Representante legal nombrado en mi Poder notarial para atención de la salud (si tengo uno), mi médico, abogado, consejero religioso y otras personas sobre esta Declaración del Testamento en vida. Comprendo que puedo entregar copias de esta Declaración del Testamento en vida a cualquier persona.

Comprendo que debo firmar (o indicar a una persona que firme en mi nombre) esta Declaración del Testamento en vida e indicar la fecha de la firma, y que la firma debe ser presenciada por dos adultos que sean elegibles para ser testigos de la firma O debe reconocerse ante un notario público. [Sección 2133.02 del Código Revisado de Ohio]

Firmo con mi nombre esta Declaración del Testamento en vida

el _____, en _____, Ohio.

Declarante

[Elija testigos O un Reconocimiento Notarial].

TESTIGOS [Sección 2133.02(B)(1) del Código Revisado de Ohio]

[Las siguientes personas NO PUEDEN actuar como testigos de esta Declaración del Testamento en vida:

- *Su Representante legal en su Poder notarial para atención de la salud, si tiene uno;*
- *El Tutor para su persona o patrimonio, si tiene uno;*
- *Su Representante legal o Tutor alternativo, si tiene uno;*
- *Cualquier persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción (por ejemplo, su cónyuge e hijos);*
- *Su médico tratante;*
- *El administrador del hogar para ancianos donde recibe atención].*

Estado de Ohio

Formulario de Inscripción en el Registro de Donantes

Aviso para el Declarante

El propósito del formulario de Inscripción en el Registro de Donantes es documentar su deseo de donar órganos, tejidos o córneas luego de su muerte.

Solo debe completar este formulario si **NO** se ha registrado como donante en la Bureau of Motor Vehicles (Oficina de Vehículos Motorizados) de Ohio cuando renueve una licencia de conducir o una tarjeta de identificación estatal, en línea a través del sitio web de BMV, o previamente a través de un formulario impreso. Si desea donar un órgano o modificar un registro existente, este formulario debe enviarse a la BMV para garantizar que se cumplan sus deseos de donación de órganos, tejidos o córnea. Este documento servirá como su autorización para recuperar los órganos, tejidos o córneas indicados en el momento de su muerte, si es médicamente posible.

Si envía este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de Donantes de Ohio mantenido por la BMV y solo estarán disponibles para las agencias de recuperación de órganos, tejidos y córnea correspondientes en el momento de la muerte. Es aconsejable que comparta sus deseos con sus familiares más cercanos para que estén al tanto de sus intenciones de ser donante.

Este formulario también puede usarse para modificar o revocar sus deseos de donación. El formulario completo debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P.O. Box 16583
Columbus, OH 43216-6583

Las preguntas frecuentes sobre la donación de órganos, tejidos y córnea se abordan en la página tres de esta sección. Si tiene preguntas más específicas, también se incluye la información de contacto de las agencias estatales de recuperación de órganos y tejidos, y se le recomienda que se comunique con ellas o visite sus sitios web.

Formulario de Inscripción en el Registro de Donantes de Ohio

Si NO se ha registrado como donante en la BMV de Ohio cuando renovó una licencia de conducir o identificación estatal, debe presentar el Formulario de Registro de Donantes de Ohio ante la BMV para garantizar que se respeten sus deseos con respecto a la donación de órganos y tejidos. Este documento servirá como su autorización para recuperar los órganos o tejidos indicados en el momento de su muerte, si es médicamente posible. Si envía este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de Donantes de Ohio mantenido por la BMV y solo estarán disponibles para las agencias de recuperación de órganos y tejidos correspondientes en el momento de la muerte. Asegúrese de compartir sus deseos con sus seres queridos para que estén al tanto de sus intenciones. Este formulario también puede usarse para modificar o revocar sus deseos de donación.

Para registrarse, complete este formulario de inscripción y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P.O. Box 16583
Columbus, OH 43216-6583

USE LETRA DE IMPRENTA

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO () -	FECHA DE NACIMIENTO / / /	N.º DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN/LICENCIA DE CONDUCIR DEL ESTADO DE OHIO <input type="checkbox"/> N.º DEL SEGURO SOCIAL

OPCIONES DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DONANTES

<p>OPCIÓN 1</p> <p><input type="checkbox"/> Al morir, quiero donar mis órganos, tejidos y ojos para cualquier propósito autorizado por la ley.</p>		
<p>OPCIÓN 2</p> <p><input type="checkbox"/> Al morir, quiero donar los ojos, los tejidos y los órganos que se mencionan a continuación:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los órganos, tejidos y ojos</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>ÓRGANOS</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Intestinos</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Intestino delgado</p> <p><input type="checkbox"/> Hígado (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Riñones (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Páncreas/células de los islotes</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>TEJIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos/córneas <input type="checkbox"/> Venas</p> <p><input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Fascia</p> <p><input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Nervios</p> <p><input type="checkbox"/> Ligamentos</p> </td> </tr> </table> <p>Para los siguientes fines autorizados por la ley:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los fines <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Educación</p>	<p>ÓRGANOS</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Intestinos</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Intestino delgado</p> <p><input type="checkbox"/> Hígado (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Riñones (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Páncreas/células de los islotes</p>	<p>TEJIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos/córneas <input type="checkbox"/> Venas</p> <p><input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Fascia</p> <p><input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Nervios</p> <p><input type="checkbox"/> Ligamentos</p>
<p>ÓRGANOS</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Intestinos</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Intestino delgado</p> <p><input type="checkbox"/> Hígado (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Riñones (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Páncreas/células de los islotes</p>	<p>TEJIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos/córneas <input type="checkbox"/> Venas</p> <p><input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Fascia</p> <p><input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Nervios</p> <p><input type="checkbox"/> Ligamentos</p>	
<p>OPCIÓN 3</p> <p><input type="checkbox"/> No quiero figurar más en el Registro de Donantes de Ohio.</p>		

FIRMA DEL DONANTE INSCRITO X	FECHA
---------------------------------	-------

Donación de órganos y tejidos en Ohio

Una persona puede salvar o mejorar la calidad de vida de las personas que tienen insuficiencia de órganos, defectos congénitos, cáncer de huesos, lesiones ortopédicas, quemaduras, ceguera y otros problemas de salud. Un donante de órganos puede salvar hasta 8 vidas donando el corazón, los pulmones, los riñones, el páncreas, el intestino delgado y el hígado. Hay más de 123,000 estadounidenses en la lista de espera nacional para recibir un trasplante de órganos que salva vidas; y 3,400 en Ohio. Estadísticamente, 18 personas en los EE. UU. mueren todos los días mientras esperan un trasplante. Si se registra como donante, asegúrese de compartir la decisión con sus familiares.

¿Quién puede convertirse en donante? Todas las personas mayores de 15 años y medio pueden registrarse y dar su autorización previa para la donación. La idoneidad médica para la donación se determina en el momento de la muerte. Si un menor muere antes de los 18 años, el padre o la madre puede modificar o revocar la decisión de donación.

¿Existen límites de edad para los donantes? Las personas de todas las edades y con todo tipo de antecedentes médicos deben considerarse posibles donantes. Tanto recién nacidos como adultos mayores han sido donantes de órganos. La afección médica en el momento de la muerte determinará qué órganos y tejidos se pueden donar.

Si me inscribo en el Registro de Donantes, ¿afectará la calidad de la atención médica que recibo en el hospital? No, los médicos de los hospitales cuidan del paciente que tienen a su cargo y no están involucrados en la donación ni el trasplante. Se hace todo lo posible para salvar la vida antes de que se considere la donación.

¿La donación desfigurará mi cuerpo? ¿Puede haber un funeral a cajón abierto? La donación no desfigura el cuerpo y no interfiere ni retrasa un funeral, incluidos servicios a cajón abierto.

¿Hay algún costo para mi familia por la donación? La familia del donante NO paga el costo de la donación. La agencia de recuperación designada paga todos los costos relacionados con la donación de órganos, ojos y tejidos.

¿Mi religión aprueba la donación? Todas las principales religiones apoyan la donación de órganos, ojos y tejidos como un acto de caridad desinteresado.

¿Puedo vender mis órganos? No. La Ley Nacional de Trasplante de Órganos establece que es ilegal vender órganos y tejidos humanos. Las personas que violen esta ley están sujetas a multas y encarcelamiento. Entre los motivos de esta ley se encuentra la preocupación del Congreso de que la compra y venta de órganos podría conducir a un acceso desigual a los órganos donantes, y los ricos tendrían una ventaja injusta.

¿Cómo se distribuyen los órganos? Los órganos del donante se emparejan con los receptores a través de un sistema regulado por el gobierno federal basado en una serie de factores que incluyen el tipo de sangre, el tamaño del cuerpo, la urgencia médica, el tiempo en lista de espera y la ubicación geográfica.

¿Puedo ser donante de órganos y tejidos y también donar mi cuerpo a la ciencia? La donación de todo el cuerpo prevalece sobre la donación de órganos y tejidos. Si desea donar todo el cuerpo, debe hacer los arreglos necesarios con una facultad de medicina o un centro de investigación antes de su muerte. Las facultades de medicina, los centros de investigación y otros organismos estudian el cuerpo humano para comprender mejor la anatomía y los mecanismos de las enfermedades en los seres humanos. Esta investigación también es esencial para salvar y mejorar vidas.

¿El registro autoriza la donación en vida? No, la donación en vida no está autorizada por el registro. Es posible donar un riñón, o parte de un hígado o pulmón mientras está vivo, pero eso se organiza de forma individual a través de centros de trasplante específicos.

Para obtener más información sobre la donación, comuníquese con una de las cuatro organizaciones de obtención de órganos designadas a nivel federal del estado:

Northeastern Ohio
LifeBanc
www.lifebanc.org
216.752.5433

North-West/West-Central Ohio
Life Connection of Ohio
www.lifeconnection.org
937.223.8223

Central and Southeastern Ohio
Lifeline of Ohio
www.lifelineofohio.org
800.525.5667

Southwestern Ohio
LifeCenter
www.lifepassiton.org
513.558.5555