



ONE Community Working Together

Manual de Opciones Legales

*Para las Familias, Consumidores
y Personas que Cuidan de
Individuos con Discapacidades
del Desarrollo que Han
Cumplido 18 Años*

Disponibile **GRATIS** para el público
No para venta individual



Fecha de Publicación — Abril 2012

Este manual fue elaborado por el Consejo de Planificación sobre Discapacidades de Desarrollo, el Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad y el Centro Nativo Americano para la Ley de Discapacidad.



Índice

Introducción	1
Representante de Beneficiario	3
Representante Designado en el Programa de Rehabilitación Vocacional	5
Formulario: Declaración de Representante Designado para Rehabilitación Vocacional	7
Representante Designado en Cuidados de Salud Mental	9
Formulario: Declaración de Representante Designado de Salud Mental	11
Transferencia de Derechos de los Padres en Educación Especial	13
Formulario: Delegación de Derecho a Tomar Decisiones sobre Educación	15
Directrices Avanzadas para Cuidados de Salud y Salud Mental, y Testamentos Vitales	17
Formulario: Poder Legal Duradero para Cuidados de Salud	19
Formulario: Poder Legal Duradero para Cuidados de Salud Mental	30
Formulario: Testamento Vital	36
Poder Legal Duradero	40
Curatela	42
Tutela Legal	44
Tutela Legal en Territorios Indios	48
Fideicomisos	50
Apéndice A: Lista de Fiduciarios Públicos	51
Apéndice B: Recursos para Formularios de Tutela de los Condados	52
Apéndice C: Recursos Adicionales	54



Este manual es un proyecto conjunto del Consejo de Planificación sobre Discapacidades de Desarrollo de Arizona, el Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad y el Centro Nativo Americano para la Ley de Discapacidad. El Consejo recibe financiamiento federal y es responsable de asegurar que las personas con discapacidades de desarrollo y sus familias participen en el diseño de servicios, apoyos y otros respaldos culturales competentes, y tengan acceso a los mismos. El Consejo también respalda las oportunidades que promueven independencia, productividad e inclusión en la comunidad.

El Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad es un bufete de abogados no lucrativo, de interés público, que provee abogacía, información, servicios de referencia, educación legal comunitaria y, en casos selectos, representación legal a individuos con discapacidades en Arizona. Nuestra misión es abogar por los derechos legales de personas con discapacidades, de vivir libres de abuso, descuido y discriminación y tener acceso a servicios, maximizando su independencia y alcanzando la igualdad. Nuestra visión es una sociedad que se enfoca en las capacidades de las personas, en vez de las discapacidades.

El Centro Nativo Americano para la Ley de Discapacidad es una organización de servicios legales no lucrativa, de interés público, que provee información y referencias, representación directa, abogacía sistémica y educación comunitaria a los Nativos Americanos con discapacidades. El propósito del Centro Nativo Americano para la Ley de Discapacidad es abogar con generosidad de espíritu para asegurar que los Nativos Americanos con discapacidades tengan acceso a la justicia y sean miembros facultados y con igualdad de derechos en sus comunidades y naciones. La misión del Centro Nativo Americano para la Ley de Discapacidad es abogar de manera que los derechos de los Nativos Americanos con discapacidades en el área de Four Corners se hagan cumplir, se fortalezcan y estén en armonía con sus comunidades.

Esta guía está disponible en formatos alternos a solicitud. Esta guía puede copiarse y distribuirse para uso privado, pero no puede venderse ni distribuirse con fines de lucro.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este manual es asesorar a personas con discapacidades, sus familias y sus cuidadores, sobre las diferentes opciones disponibles cuando un adulto con una discapacidad necesita la asistencia de otra persona de forma reconocida legalmente para ayudarle a manejar una o más facetas de su vida. Esto no tiene la intención de sustituir a la asesoría legal. Las leyes federales y estatales pueden cambiar en cualquier momento. La fecha de publicación de esta edición del manual se encuentra en la portada; por favor asegúrese de comprobar las leyes actualmente vigentes por si hay cambios.



“Me gusta vivir por mí mismo, pero se me hace un poco difícil recordarme de apartar dinero para todas mis cuentas. Tengo mi propio trabajo y gano mi propio dinero, pero necesito un poco de ayuda. ¿Cómo puedo dar a alguien la oportunidad de ayudarme con mis finanzas sin renunciar a mi independencia?”



“Creo que mi hija puede vivir por sí misma, pero me preocupa que se gaste su cheque del Seguro Social y no tenga dinero para sus cuentas. ¿Cómo puedo ayudarle a manejar su dinero sin quitarle su independencia?”



“Mi hijo acaba de cumplir 18 años y su escuela me dice que ya no me invitan a su reunión de Plan Individualizado de Educación, pero mi hijo desea que yo participe en el proceso IEP. ¿Qué puedo hacer?”



“Estoy tratando de enterarme sobre prestaciones de rehabilitación vocacional, pero estoy teniendo dificultad para saber qué debo hacer. ¿Hay alguien que pueda ayudarme en este proceso?”

Las preguntas como éstas son comunes en las vidas de personas con discapacidades y sus familias y cuidadores. Las opciones legales pueden ir desde un estudiante que autoriza a alguien para participar en su Plan Individualizado de Educación después que el estudiante cumpla 18 años, hasta una tutoría legal plena, la cual restringe completamente el derecho de una persona a tomar su propias decisiones personales.

Las personas, con o sin discapacidades, cometerán errores a veces. Eso es parte de la vida. El propósito de este manual es no privar a las personas con discapacidades de poder vivir su vida quitándoles sus derechos de tomar sus propias decisiones. Antes bien, el objetivo es reconocer cuando una persona con discapacidad requiere asistencia adicional y hasta qué punto, con la idea que la mejor opción es la menos restrictiva, que preserva la mayor cantidad de derechos individuales según sea apropiado.

REPRESENTANTE DE BENEFICIARIO



“Creo que mi hija puede vivir por sí misma, pero me preocupa que gaste su cheque del Seguro Social y no tenga dinero para sus cuentas. ¿Cómo puedo ayudarle a manejar su dinero sin quitarle su independencia?”

¿Quién necesita un representante de beneficiario?

Una persona que no es capaz de manejar sus finanzas o que solamente recibe prestaciones del Seguro Social (como SSI o SSDI) podría beneficiarse de un representante de beneficiario que ayude a administrar estas prestaciones.

NOTA IMPORTANTE:

En el caso de una persona que solamente recibe ingresos del Seguro Social y no es capaz de manejar sus propias prestaciones para el pago de gastos mensuales, pero por lo demás es capaz de vivir independientemente en la comunidad, un representante de beneficiario podría ser la única opción legal necesaria.

Sin embargo, si la persona tiene otros activos que puedan requerir administración, podría ser más apropiada otra opción legal, como una curatela.

¿Quién puede ser designado como representante de beneficiario?

Un representante de beneficiario debiera ser alguien que puede manejar los ingresos del Seguro Social de otra persona, atendiendo los beneficios y necesidades de esa persona. El representante de beneficiario puede ser un pariente, cuidador, o amigo. Si ninguna de estas personas es capaz de prestar servicios como representante de beneficiario, una dependencia pública o no lucrativa también puede fungir como representante de beneficiario. Un ejemplo de una organización comunitaria que podrá fungir como representante de beneficiario es Above and Beyond. Si la persona vive en un centro residencial, esa entidad podría servir como representante de beneficiario. *Por favor recuerde que si se usa uno de estos servicios, la Administración del Seguro Social (“SSA”) podría autorizar a la organización el cobro de una cuota por administrar las prestaciones de Seguro Social de la persona.*

¿Qué hace un representante de beneficiario?

Un representante de beneficiario recibe prestaciones del Seguro Social en nombre de un beneficiario, con el propósito de administrar estas prestaciones. Específicamente, el representante de beneficiario tiene que:

- Utilizar los pagos únicamente para el uso y beneficio del beneficiario y para los propósitos que han sido determinados para el bien del beneficiario (tales como pago de alquiler, gastos médicos, alimentos, ropa, ahorros);

- Notificar a SSA de cualquier circunstancia que afecte la cantidad de prestaciones que la persona debe recibir (tales como herencias o ingresos);
- Presentar a SSA, al ser solicitado, un informe por escrito dando cuenta de las prestaciones;
- Notificar a SSA de todo cambio de circunstancias que afectaría el desempeño del representante de beneficiario (tales como enfermedad del representante, o un cambio en la relación con el beneficiario).

La SSA también publica una “Guía para Representantes de Beneficiario” (Pub No. 05-10076) y “Cuando un Representante de Beneficiario Maneja Su Dinero” (Pub No. 05-10097), disponibles en el Internet en www.ssa.gov/pubs, o llamando sin cargo al 1-800-772-1213 (voz) o 1-800-325-0778 (teléfono de texto o TTY).

¿Cómo es designado un representante de beneficiario?

Para solicitar la designación como representante de beneficiario, usted tiene que completar el Formulario SSA-11, disponible en su oficina SSA local, o llamando a los números indicados arriba. En la mayoría de casos, el solicitante tiene que completar el formulario en una entrevista en persona en la oficina SSA local. La SSA decidirá si el beneficiario puede manejar sus propias prestaciones, y si el representante de beneficiario es una persona apropiada para manejar el dinero del beneficiario.

Al determinar si una persona necesita un representante de beneficiario, la SSA considerará:

- Una determinación de incompetencia de un tribunal y la necesidad de un tutor legal;
- Pruebas médicas de que el beneficiario necesita un representante de beneficiario que maneje las prestaciones; y
- Declaraciones de amigos, parientes y cuidadores que contengan información sobre la capacidad del beneficiario para manejar las prestaciones.

La SSA también requiere pruebas de la relación del solicitante con el beneficiario, y pruebas que demuestren que el solicitante manejará los fondos provenientes de SSA de una forma responsable que beneficie al receptor de Seguro Social.

¿Cómo se termina o cambia un representante de beneficiario?

La SSA provee formularios para cambiar o terminar la designación de un representante de beneficiario. El beneficiario puede solicitar un cambio de representante si cree que la persona no está gastando los fondos para su mejor beneficio, o si la relación entre las partes ha cambiado, o alguien más sería un representante de beneficiario más apropiado. Un beneficiario que ahora puede manejar sus propias prestaciones también puede solicitar que se termine el estatus del representante de beneficiario. Llame a su oficina SSA local para más información.

¿Qué sucede si el representante de beneficiario no está disponible, no puede o no desea prestar servicios como Representante de Beneficiario?

Si el Representante de Beneficiario ya no está disponible, no puede o no desea desarrollar sus funciones, el Representante de Beneficiario tiene la obligación de notificar a la Administración de la Seguridad Social.

REPRESENTANTE DESIGNADO EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL



“Estoy tratando de aprender sobre prestaciones de rehabilitación vocacional, pero estoy teniendo dificultad en averiguar qué debo hacer. ¿Hay alguien que pueda ayudarme con este proceso?”

¿Quién necesita un Representante Designado en el Programa de Rehabilitación Vocacional?

Una persona, o usuario, que pueda necesitar ayuda para navegar la Administración de Servicios de Rehabilitación y obtener servicios de rehabilitación vocacional (VR) puede beneficiarse de un representante designado para ayudarlo durante el proceso.

NOTA IMPORTANTE:

Una persona que podría tener dificultad para manifestarse por sí misma en las reuniones puede beneficiarse de tener un representante designado.

¿Quién puede ser designado como representante designado?

Un representante designado puede ser un amigo, padre/madre, pariente, defensor u otra persona elegida por el usuario o el tutor del usuario.

¿Qué hace un representante designado?

El trabajo de un representante designado es asistir al usuario en la protección de sus derechos y expresión de sus necesidades de servicios. El representante designado actúa como el representante del usuario en el proceso de solicitud, durante el desarrollo e implementación de un Plan Individualizado de Empleo (IPE), y durante cualquier proceso de apelación.

Una vez designado un representante, el programa de VR tiene que notificar al representante todas las reuniones que involucren al usuario e incluir al representante designado en toda reunión en donde el usuario o tutor desea la participación del representante designado. El representante tiene que actuar en nombre del usuario o tutor en dichas reuniones, expresando preocupaciones de servicio u otros asuntos.

¿Cómo es nombrado un representante designado?

El usuario o tutor del usuario tiene que notificar por escrito al Consejero VR a quién desearían designar. *Al final de esta sección hay una muestra de un formulario para designar un Representante VR.*

¿Cómo se termina o cambia un representante designado?

El usuario o el tutor del usuario tiene que informar por escrito al Consejero VR que ya no desea que participe el representante designado. Si el usuario o tutor desea cambiar al representante designado, tiene que presentarse a la agencia un nuevo formulario de designación.

¿Qué sucede si el Representante Designado para Rehabilitación Vocacional no está disponible, no puede o no desea prestar servicios como representante?

Una persona que elige un Representante Designado para Rehabilitación Vocacional puede, en cualquier momento, elegir un nuevo representante o revocar la designación. Si la persona seleccionada como representante no está disponible o no desea desarrollar sus funciones, el individuo puede designar a una nueva persona.

Se proporciona este formulario en español para permitirle entender el texto del formulario en inglés que sigue más adelante. Si usted opta por usar este formulario, por favor asegúrese de presentar solamente el correspondiente formulario en inglés.

DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE DESIGNADO PARA REHABILITACIÓN VOCACIONAL

Yo, _____, por este medio designo a la persona u organización indicada abajo como mi representante en el desarrollo e implementación de mi Plan Individualizado de Empleo, y en cualquier proceso de apelación, con la Administración de Servicios de Rehabilitación, Programa de Rehabilitación Vocacional.

Este nombramiento permanecerá vigente hasta que yo lo revoque por escrito:

Nombre del representante designado

Dirección

Ciudad

Número de teléfono

Vigente con mi firma este día _____ de _____, _____.

Firma

Fecha

DECLARATION OF DESIGNATED REPRESENTATIVE FOR VOCATIONAL REHABILITATION

I, _____, hereby designate the person or organization named below as my representative in the development and implementation of my Individualized Plan for Employment, and in any appeals process, with the Rehabilitation Services Administration, Vocational Rehabilitation Program. This designation shall remain valid until such time I revoke it in writing.

My designated representative is:

Designated Representative's Name

Address

City

State

ZIP Code

Telephone Number

Invoked by my signature this _____ day of _____, _____.

Signature

Date

REPRESENTANTE DESIGNADO EN CUIDADOS DE SALUD MENTAL



“Mi amiga recibe servicios de cuidados de salud mental a través del estado, y ha dicho que no siente que sus necesidades y preocupaciones se estén atendiendo durante el tratamiento y la planificación. ¿Cómo puedo ayudarla?”

¿Quién necesita designar un representante de salud mental?

Toda persona que recibe prestaciones públicas de salud mental de una Autoridad Regional de Salud del Comportamiento (RHBA), o sea un **miembro de RHBA**, tiene derecho a un representante designado de salud mental para ayudar a representar los intereses del miembro de RHBA. Un miembro de RHBA que desea un representante para ayudar a expresar sus necesidades y preocupaciones puede designar un representante de salud mental en cualquier momento.

NOTA IMPORTANTE:

Una persona que podría tener dificultad para manifestarse por sí misma en las reuniones de planificación de tratamientos o servicios puede beneficiarse de tener un representante designado.

¿Quién puede prestar servicios como representante designado de salud mental?

Cualquier persona puede servir como representante de salud mental. Si el miembro de RHBA tiene un tutor, esa persona puede ser el representante, o el tutor puede designar a alguien más. El representante designado puede ser un amigo, padre/madre, pariente, defensor u otra persona escogida por el miembro de RHBA o un tutor, para ayudar al usuario a proteger sus derechos y manifestar sus necesidades de servicios.

¿Qué hace un representante de salud mental?

Un representante de salud mental es designado por un miembro de RHBA para actuar en representación de ese miembro en reuniones de personal, planificación, y durante el proceso de quejas y apelación. Cuando se ha designado un representante, la agencia o proveedor de salud mental *tiene que* notificar al representante todas las juntas de personal o reuniones que involucren al miembro, e incluir al representante en toda junta de personal o reunión en la cual el miembro desea la participación del representante designado. El representante tiene que actuar en nombre del usuario o tutor en dichas juntas de personal o reuniones, expresando preocupaciones de servicio u otras cuestiones del tratamiento.

¿Cómo es nombrado un representante designado?

El miembro de RHBA o su tutor tienen que comunicar a RHBA por escrito quién es el designado para representar a la persona. Al final de esta sección hay una muestra de un formulario para designar un representante de salud mental.

¿Cómo se termina o cambia un representante designado?

El miembro RHBA o tutor debe informar por escrito a la agencia o proveedor de salud mental que el representante designado ya no estará fungiendo como representante designado de salud mental, o que el representante anterior será reemplazado por un sustituto.

¿Qué sucede si el Representante Designado para Salud Mental no está disponible, no puede o no desea prestar servicios como representante designado?

Una persona que elige un Representante Designado para Salud Mental puede, en cualquier momento, elegir un nuevo representante o revocar la designación. Si la persona seleccionada como representante no está disponible, no puede o no desea servir, el individuo puede designar a una nueva persona.

Se proporciona este formulario en español para permitirle entender el texto del formulario en inglés que sigue más adelante. Si usted opta por usar este formulario, por favor asegúrese de presentar solamente el correspondiente formulario en inglés.

DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE DESIGNADO DE SALUD MENTAL

Yo, _____, por este medio designo a la persona u organización indicada abajo como mi representante en el desarrollo de mi Plan Individual de Servicio, y el plan de paciente hospitalizado y alta médica, y en cualquier proceso de queja, conforme a A.A.C. R9-21-202(A)(17)(c).

Este nombramiento permanecerá vigente hasta que yo lo revoque por escrito.

Mi representante designado es:

Nombre del representante designado

Dirección

Ciudad

Número de teléfono

Vigente con mi firma este día _____ de _____, _____.

Firma

Fecha

DECLARATION OF DESIGNATED MENTAL HEALTH REPRESENTATIVE

I, _____, hereby designate the person or organization named below as my representative in the development of my Individual Service Plan, and the inpatient and discharge plan, and in any grievance process, pursuant to A.A.C. R9-21-202(A)(17)(c). This designation shall remain valid until such time I revoke it in writing.

My designated representative is:

Designated Representative's Name

Address

City

State

ZIP Code

Telephone Number

Invoked by my signature this _____ day of _____, _____.

Signature

Date

TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE LOS PADRES EN EDUCACIÓN ESPECIAL



“Mi hijo acaba de cumplir 18 años y su escuela me dice que ya no estoy invitada a su reunión de Plan Individualizado de Educación, pero mi hijo aún desea que yo participe en el proceso IEP. ¿Qué puedo hacer?”

¿Quién podría beneficiarse al delegar el derecho de tomar decisiones sobre educación?

Un estudiante entre los 18 y 22 años de edad que todavía asiste a secundaria y recibe ayuda a través del proceso de Plan Individualizado de Educación (IEP) podría beneficiarse de tener un representante que ayude al estudiante a tomar decisiones sobre educación. El estudiante tiene que ser capaz de dar consentimiento informado para que la persona se involucre. Si el estudiante está bajo tutela, entonces no es necesaria la transferencia de derechos.

NOTA IMPORTANTE:

La Delegación del Derecho de Tomar Decisiones sobre Educación es solamente una opción cuando el estudiante que cumple 18 años desea que un individuo designado continúe involucrado y puede dar consentimiento informado para esta participación.

Esta opción legal no es un mecanismo para obligar a un estudiante que tiene 18 años a permanecer en la escuela o en algún programa particular, si él o ella no desea participar.

¿Quién puede ser designado para asumir los derechos de los padres?

Un estudiante entre los 18 y 22 años de edad, que no esté bajo tutela legal, puede designar a cualquier persona para que asuma los derechos otorgados a los padres o tutores bajo la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades. Si el estudiante está bajo tutela, esos derechos permanecen con el tutor cuando el estudiante cumple 18 años.

¿Qué efecto tiene una transferencia de derechos de los padres?

Cuando un estudiante con una discapacidad cumple 18 años de edad—y ya no es un menor de edad ante la ley—todos los derechos de los padres bajo las leyes de educación especial se vuelven derechos del estudiante, a menos que él o ella esté bajo tutela. La transferencia de estos derechos a alguien más permite que otra persona tome las decisiones sobre educación en nombre del estudiante.

¿Cómo se hace una declaración de transferencia de derechos en educación especial?

Un estudiante que transfiere el derecho de tomar decisiones sobre educación, llena un formulario como el que se provee al final de esta sección, el cual debe ser firmado y autenticado ante notario por el estudiante y por el representante elegido por el estudiante. El estudiante también puede dar a conocer sus intenciones mediante audio, video o cualquier otro medio que sea necesario por la discapacidad del estudiante. El formulario completo u otras formas de intención expresada deben entregarse al personal de la escuela en el equipo IEP del estudiante.

Una Delegación del Derecho a Tomar Decisiones sobre Educación tiene vigencia solamente por un año desde la fecha de celebración. Tiene que ser renovada por escrito por el estudiante para cada año que vaya a permanecer vigente. El estudiante puede terminar la transferencia de derechos en cualquier momento. La transferencia también termina cuando el estudiante se gradúa.

¿Qué sucede si la persona elegida para tomar decisiones educativas no está disponible, no puede o no desea prestar servicios como representante?

Una persona que elige a la persona para que tome decisiones educativas puede, en cualquier momento, elegir a un nuevo representante o revocar la designación. Si la persona seleccionada como representante no está disponible, no puede o no desea prestar servicios, el estudiante puede designar a una nueva persona.

Se proporciona este formulario en español para permitirle entender el texto del formulario en inglés que sigue más adelante. Si usted opta por usar este formulario, por favor asegúrese de presentar solamente el correspondiente formulario en inglés.

DELEGACIÓN DE DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE EDUCACIÓN

Yo, _____, tengo más de dieciocho pero menos de veintidós años de edad y soy un alumno que tiene derecho a tomar por mí mismo decisiones sobre educación bajo las leyes estatales y federales. No he sido declarado legalmente incompetente, y a la fecha de firmar este documento, yo delego mi derecho de dar consentimiento y tomar decisiones acerca de asuntos de educación a _____, quien será considerado como mi “padre/madre” para el propósito del Código de los Estados Unidos 20 sección 1401 y ejercerá todos los derechos y responsabilidades con respecto a mi educación que se confieren a un padre/madre conforme a las leyes estatales y federales. Entiendo y doy mi consentimiento que _____ tomará en mi nombre todas las decisiones concernientes a mi educación. Entiendo que tengo derecho a estar presente durante el desarrollo de todo plan individualizado de educación y que se atenderán todos los asuntos o preocupaciones que yo pueda tener. Esta delegación tendrá vigencia por un año a partir de la fecha de hoy y puede renovarse únicamente mediante mi autorización formal o por escrito. Entiendo que tengo el derecho de terminar este acuerdo en cualquier momento y reasumir el derecho de tomar decisiones sobre mi educación.

Nombre del estudiante y fecha

Designación y firma del notario

Nota: Si no es por escrito, esta delegación puede otorgarse por medio de audio o video, o en un formato alterno hecho necesario por la discapacidad del alumno.

DELEGATION OF RIGHT TO MAKE EDUCATIONAL DECISIONS

I, _____, am eighteen years of age but under twenty-two years of age and a pupil who has the right to make educational decisions for myself under state and federal law. I have not been declared legally incompetent, and as of the date of the execution of this document, I delegate my right to give consent and to make decisions concerning educational matters to _____, who will be considered my “parent” for the purposes of 20 United States Code section 1401 and will exercise all the rights and responsibilities concerning my education that are conferred on a parent pursuant to state and federal law. I understand and give my consent that _____ will make all decisions relating to my education on my behalf. I understand that I am entitled to be present during the development of any individualized education plan and that any issues or concerns I may have will be addressed. This delegation will be in effect for one year from today’s date and may be renewed only by my written or formal authorization. I understand that I have the right to terminate this agreement at any time and resume the right to make decisions regarding my education.

Student name & date

Subscribed and sworn (or affirmed) before me on this _____ day of _____, 20____, by _____, prove to me on the basis of satisfactory evidence to be the person who appeared before me.

(Seal)

Notary Public Signature

Note: If not by writing, this delegation may be given by audio or video means, or in an alternative format necessitated by the pupil’s disability.

DIRECTRICES ANTICIPADAS PARA CUIDADOS DE SALUD Y SALUD MENTAL, Y TESTAMENTOS VITALES



“Quiero asegurarme que mis deseos en cuanto a mi salud física y mental se cumplan, aun cuando yo sea incapaz de expresarme por mí mismo en el futuro. ¿Qué puedo hacer para proteger mis intereses?”

¿Quién podría beneficiarse al designar a otra persona para tomar decisiones sobre sus propios cuidados de salud o salud mental en el futuro?

Toda persona en pleno uso de sus facultades mentales (legalmente competente) y que desea asegurarse que sus decisiones en cuanto a tratamientos para salud o salud mental serán cumplidas en el futuro, podría beneficiarse de una directriz anticipada de salud o salud mental, o un testamento vital designando a alguien que haga cumplir sus deseos en caso que él o ella no puedan hacerlo.

NOTA IMPORTANTE:

Las directrices anticipadas y testamentos vitales determinan cuál será el tratamiento futuro, de manera que tiene importancia crítica que la persona que tome estas decisiones futuras tenga capacidad de entender lo que significa la directriz.

¿Quién puede ser designado para ejecutar una directriz anticipada de cuidados de salud o un testamento vital?

Cualquier persona puede ser designada para ejecutar una directriz anticipada de cuidados de salud o un testamento vital. Al igual que las otras opciones cubiertas en este manual, la persona designada debe ser alguien que asegure el cumplimiento de los deseos de la persona que otorga la directriz o testamento vital.

¿Qué efecto tiene una directriz anticipada o testamento vital?

Las directrices anticipadas de cuidados de salud y testamentos vitales permiten que una persona designe a otra para tomar sus decisiones de cuidados de salud o salud mental, en caso que la persona se encuentre incompetente o incapaz de dar consentimiento en el futuro. También pueden asegurar que se cumplan los deseos de una persona en cuanto a cuidados de salud o salud mental en el momento en que él o ella ya no pueda expresar estos deseos. Para que cualquiera de estas opciones sea válida, la persona tiene que ser capaz de entender y estar de acuerdo con las opciones de tratamiento que elija.

Los diferentes tipos de directrices incluyen:

- **Directriz Anticipada de Cuidados de Salud/Poder Legal Duradero para Cuidados de Salud:** Esta opción permite a la persona elegir a un representante que tome las decisiones de

cuidados de salud en caso que la persona que hace la designación se encuentre incompetente. El documento puede proveer instrucciones específicas para el representante en cuanto a los deseos de la persona para sus decisiones futuras de cuidados de salud. El representante tendrá autoridad para tomar decisiones de cuidados de salud consistentes con los deseos de la persona, en caso que la persona que otorga el documento se encuentre incompetente. *Al final de esta sección se presenta un formulario de muestra del sitio web de la Oficina del Procurador General.*

- **Directriz Anticipada de Cuidados de Salud Mental/Poder Legal Duradero para Cuidados de Salud Mental:** Este documento permite a una persona designar un representante que pueda admitir a la persona a un centro de salud del comportamiento, en caso que la persona necesite dicho tratamiento. La directriz también puede incluir preferencias sobre medicamentos y tratamientos de salud mental. *Al final de esta sección se presenta un formulario de muestra del sitio web de la Oficina del Procurador General.*
- **Testamento Vital:** Un testamento vital indica los tratamientos, procedimientos o intervenciones que una persona desea o desea rehusar, típicamente al final de la vida cuando esa persona ya no puede expresar sus preferencias. El testamento vital cubre situaciones como cuándo resucitar, y cuándo usar un tubo de alimentación, ventilador u otras medidas extraordinarias para prolongar la vida de una persona. *Al final de esta sección se presenta un formulario de muestra del sitio web de la Oficina del Procurador General.*

¿Qué sucede si la persona designada para actuar como Apoderado Duradero para Cuidados de Salud o Apoderado Duradero para Salud Mental no está disponible, no desea o no puede prestar servicios como Apoderado?

Una persona que designa a un Apoderado Duradero para Cuidados de Salud/Apoderado Duradero para Salud Mental puede, en cualquier momento, elegir a un nuevo Apoderado o remover a un Apoderado existente. Si un Apoderado no está disponible, no desea o no puede tomar las decisiones, la persona que designó al Apoderado puede designar a una nueva persona.

Los formularios de Carta Poder incluidos en este manual toman en cuenta estas situaciones al proporcionar espacio adicional que permite al individuo designar también un “representante alterno”, quien puede actuar como persona que toma las decisiones cuando el Apoderado no está disponible, no desea o no puede tomar las decisiones.

¿Cómo se establecen las directrices anticipadas y testamentos vitales?

Hay formularios para directrices anticipadas al final de esta sección. Pueden obtenerse formularios adicionales en el sitio web de la Oficina del Procurador General, www.azag.gov (oprima el enlace “Life Care Planning”), o llamando al (602) 542-2123.

¿Cómo se termina o cambia una directriz anticipada?

Una directriz anticipada puede terminarse en cualquier momento hasta que la persona que la otorga se encuentre incompetente. Una directriz anticipada de cuidados de salud mental puede terminarse en cualquier momento—aun cuando la persona que otorga la directriz se encuentre incompetente.

Se proporciona este formulario en español para permitirle entender el texto del formulario en inglés que sigue más adelante. Si usted opta por usar este formulario, por favor asegúrese de presentar solamente el correspondiente formulario en inglés.

**ESTADO DE ARIZONA
PODER DURADERO PARA CUIDADOS DE SALUD
Instrucciones y Formularios**

INSTRUCCIONES GENERALES: Use este formulario de Poder Duradero para Cuidados de Salud en caso que desee designar a una persona que tome decisiones sobre la atención médica futura por usted, de manera que, en caso de estar muy enfermo o no pueda tomar estas decisiones por sí mismo, la persona que usted designe y en la que confíe, pueda tomar decisiones médicas por usted. Platique sobre sus preferencias con su familia, amigos y otras personas en las que confíe. Asimismo, conviene platicar con profesionistas tales como su médico, clérigo y un abogado antes de firmar este formulario.

Asegúrese de entender la importancia de este documento. En caso que decida que éste es el formulario que desea utilizar, llénelo. **No firme este formulario hasta que** esté presente su testigo o un Notario Público para atestiguar la firma. En la página 3 aparecen instrucciones adicionales para usted respecto a la firma de este formulario.

1. Información respecto a mí: (Se me denomina el "Poderdante")

Mi nombre: _____ Mi edad: _____
Mi dirección: _____ Mi fecha de nacimiento: _____
_____ Mi teléfono: _____

2. Designación de mi representante y sustituto para tomar decisiones sobre cuidados de salud: (también llamado "agente" o "suplente")

Designo a la persona siguiente para actuar como mi representante y tomar decisiones sobre atención médica por mí:

Nombre: _____ Teléfono (casa): _____
Dirección: _____ Teléfono (empleo): _____
Ciudad, Estado, _____
Código postal: _____ Teléfono celular: _____

Designo a la persona siguiente para actuar como representante sustituto y tomar decisiones sobre atención médica por mí, en caso que mi primer representante no esté disponible, o no quiera o no pueda tomar decisiones por mí:

Nombre: _____ Teléfono (casa): _____
Dirección: _____ Teléfono (empleo): _____
Ciudad, Estado, _____
Código postal: _____ Teléfono celular: _____

3. AUTORIZO lo siguiente en caso que yo no pueda tomar decisiones sobre atención médica:

Autorizo a mi representante de atención médica para tomar decisiones sobre atención médica por mí cuando yo no pueda tomar o comunicar mis propias decisiones sobre atención médica debido a enfermedad física o mental, lesión, discapacidad o incapacidad. Deseo que mi representante tome todas esas decisiones por mí, excepto aquellas decisiones que señalé expresamente en la Parte 4 siguiente y que no lo autorizo a tomar. En caso que pueda comunicarme de alguna manera, mi representante debe comentar conmigo las alternativas de mi atención médica. Mi representante debe explicarme, en caso que yo pueda entender, cualesquier decisiones tomadas. Este nombramiento surte efectos, a menos y hasta que yo o una orden judicial lo revoque.

Los tipos de decisiones sobre atención médica que autorizo se tomen a mí nombre incluyen, en forma enunciativa pero no limitativa, lo siguiente:

- > Consentir o rehusar atención médica, incluyendo procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos o terapéuticos;
- > Autorizar a los médicos, enfermeras, terapeutas y a otros prestadores de servicios médicos de su elección para proporcionarme cuidados y obligar mis recursos o mi patrimonio a pagar las compensaciones razonables por dichos servicios;

- > Aprobar o negar mi admisión en instituciones de cuidados de salud, hogares de convalecencia, instalaciones de vida asistida u otras instituciones o programas. Al firmar este formulario entiendo que permito a mi representante tome decisiones sobre mis cuidados de salud mental, excepto que en términos generales no puede, solamente mediante el uso de este formulario, hacer que se me admita en un establecimiento de tratamientos estructurados con supervisión las 24 horas del día y con programa de tratamiento intensivo, denominado institución “nivel uno” de terapia conductual;

PODER DURADERO PARA CUIDADOS DE SALUD (Continuación)

- > Tener acceso a y control sobre mis expedientes médicos y tener la facultad de comentar esos expedientes con prestadores de servicios médicos.

4. NO AUTORIZO EXPRESAMENTE que mi Representante tome las decisiones siguientes por mí:

No deseo que mi representante tome las decisiones siguientes sobre atención médica por mí (describa o escriba "no aplicable"):

5. Mis deseos específicos respecto a una autopsia son:

NOTA: De conformidad con la ley de Arizona, no se requiere practicar una autopsia, a menos que el médico forense del condado, el procurador del condado o el juez de un tribunal superior ordene que se realice. Vea el documento de Información General para informarse adicionalmente sobre este tema. Firme con sus iniciales o ponga una marca de aprobación al lado de una de las opciones siguientes.

- ____ Al morir, NO autorizo (deseo) que se me practique una autopsia.
- ____ Al morir, SÍ autorizo (deseo) que se me practique una autopsia.
- ____ Mi representante puede otorgar o negar el consentimiento para que se me practique una autopsia.

6. Mis deseos específicos respecto a donación de órganos: ("donación anatómica")

NOTA: De conformidad con la ley de Arizona, puede donar todo o parte de su cuerpo. En caso de no expresar su preferencia, su representante o familia puede tomar la decisión cuando usted muera. Puede indicar los órganos o tejidos que desea donar y la persona o institución a la que desea que se donen. Ponga sus iniciales o señale su elección con una marca al lado de A o B, abajo. En caso de elegir B, continúe con sus opciones.

- ____ A. NO DESEO donar órganos o tejidos y no deseo que mi representante o mi familia autoricen a mi nombre esta donación.
- ____ B. SÍ DESEO donar órganos o tejidos cuando muera. Estas son mis instrucciones:

1. Órganos/tejidos que decido donar: (Escoja a o b enseguida)

- ____ a. Cualesquier órganos o partes que se necesiten.
- ____ b. Estas partes u órganos:
 - 1.) _____
 - 2.) _____
 - 3.) _____

2. Propósitos para los que dono órganos/tejidos: (Escoja a, b o c enseguida)

- ____ a. Cualquier propósito autorizado legalmente (transplante, terapia, evaluación médica y dental e investigación y/o avance de la ciencia médica y dental).
- ____ b. Propósitos de transplante o terapéuticos solamente.
- ____ c. Otro: _____

3. Organización o persona a la que deseo se entreguen mis partes u órganos:

- ____ a. Ya firmé un convenio escrito o tarjeta de donante respecto a una donación de órganos y tejidos con la persona o institución siguiente: (Nombre) _____
- ____ b. Deseo que mis tejidos u órganos se entreguen a la persona o institución siguiente: (Nombre) _____
- ____ c. Autorizo que mi representante tome esta decisión.

PODER DURADERO PARA CUIDADOS DE SALUD (Continuación)

7. Disposición sobre Funeral y Entierro: (Opcional)

Mi agente está autorizado para disponer todo lo relacionado con mis deseos en cuanto a disposición de mi funeral y entierro de acuerdo con este poder, que entra en vigor con mi muerte. Mis deseos se reflejan a continuación:

Ponga sus iniciales o una marca de aprobación al lado de las opciones que usted desea elegir.

- Al morir, instruyo que mi cuerpo sea enterrado. (En vez de cremado)
- Al morir, instruyo que mi cuerpo sea enterrado en _____ . (Directriz opcional)
- Al morir, instruyo que mi cuerpo sea cremado.
- Al morir, instruyo que mi cuerpo sea cremado y mis cenizas sean _____ . (Directriz opcional)
- Mi agente tomará todas las decisiones relacionadas con mi funeral y entierro. (Directriz opcional).

8. Respetto a un Testamento Vital:

NOTA: En caso que tenga un Testamento Vital y un Poder Duradero para Atención Médica, **debe adjuntar** el Testamento Vital a este formulario. Puede obtenerse un formulario de Testamento Vital en el sitio web del Procurador General (PG). Ponga sus iniciales o señale su opción con una marca al lado de A o B.

- A. FIRMÉ Y ADJUNTÉ** un formulario cumplimentado de Testamento Vital además de este Poder Duradero para Atención Médica para establecer las decisiones que tomé respecto a atención médica del final de vida en caso que no pueda comunicar o tomar mis propias decisiones en ese momento.
- B. NO FIRMÉ** un Testamento Vital.

9. Respetto a las Instrucciones de Atención Médica Prehospitalaria o de No Resucitar:

NOTA: Pueden obtenerse formularios para Instrucciones de Atención Médica Prehospitalaria o de No Resucitar en el sitio web del Procurador General. Ponga sus iniciales o señale su elección con una marca al lado de A o B.

- A.** Mi doctor o prestador de servicios médicos y yo FIRMAMOS una Instrucción de Atención Médica Prehospitalaria o una Instrucción de No Resucitar en papel con fondo NARANJA en caso que se llame al 911, a los Técnicos Médicos de Emergencia o al personal hospitalario de emergencia, y mi corazón o respiración se detenga.
- B.** NO FIRMÉ una Instrucción de Atención Médica Prehospitalaria o una Instrucción de No Resucitar.

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE (HIPAA)

(Iniciales) Mi intención es que se trate a mi agente como se me trataría a mí respecto a mis derechos relacionados con el uso y divulgación de mi información de salud u otros expedientes médicos identificables individualmente. Esta autorización de revelación es aplicable a cualquier información regulada por la Ley de Portabilidad de Información y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Firmo este Poder Duradero para Cuidados de Salud de la manera siguiente:

Mi firma: _____ Fecha: _____

B. Estoy incapacitado físicamente para firmar este documento, por lo que un testigo verifica mis deseos de la manera siguiente:

Verificación de Testigo: Opino que este Poder Duradero para Cuidados de Salud expresa exactamente los deseos que me comunicó el poderdante de este documento. Su intención es adoptar en este momento este Poder Duradero para Cuidados de Salud. El/ella está físicamente incapacitado(a) para firmar o poner una cruz en este documento en este momento, y yo verifico que me indicó directamente que el Poder Duradero para Cuidados de Salud expresa sus deseos y que su intención es adoptar en este momento el Poder Duradero para Cuidados de Salud.

PODER DURADERO PARA CUIDADOS DE SALUD (Continuación)

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO:

NOTA: Por lo menos un testigo adulto O un Notario Público debe atestiguar la firma de este documento y luego firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que: (a) sea menor de 18 años; (b) tenga parentesco con usted por consanguinidad, adopción o matrimonio; (c) tenga derechos a alguna parte de su patrimonio; (d) esté nombrado como su representante; o (e) esté involucrado en prestarle servicios de atención médica al momento en que se firme este formulario.

A. Testigo: Certifico que atestigüé que el Poderdante firmó este documento. La persona que firmó este Poder Duradero para Cuidados de Salud pareció estar en su sano juicio y no estar bajo presión alguna para expresar preferencias específicas o firmar el documento. Entiendo los requisitos para ser testigo y confirmo lo siguiente:

- > Actualmente no estoy nombrado para tomar decisiones médicas por esta persona.
- > No estoy involucrado directamente en prestar atención médica a esta persona.
- > No tengo derecho a alguna parte del patrimonio de esta persona al momento de su muerte, conforme a un testamento o por mandato legal.
- > No tengo parentesco con esta persona por consanguinidad, matrimonio u adopción.

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, NO ES NECESARIO que un notario público lo firme también):

ESTADO DE ARIZONA) Rúbricas
CONDADO DE _____)

El suscrito Notario Público certificado en Arizona declara que la persona otorgante de este Poder Duradero para Cuidados de Salud lo fechó y firmó o le puso una cruz en mi presencia y me parece que está en su sano juicio y no está bajo coacción. Además declaro que no soy pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción de la persona firmante de lo precedente, ni soy una persona nombrada para tomar decisiones médicas por él/ella. No estoy involucrado directamente en prestar servicios de atención médica a la persona firmante. No tengo derecho a alguna parte de su patrimonio conforme a un testamento existente ahora o por orden legal. En caso que la persona que ratifica este Poder Duradero para Atención Médica esté incapacitada físicamente para firmar o poner una cruz en este documento, yo verifico que él/ella me indicó directamente que este Poder Duradero para Cuidados de Salud expresa sus deseos y que tiene la intención de adoptar en este momento el Poder Duradero para Cuidados de Salud.

EN FE DE LO CUAL FIRMO DE MI PUÑO Y LETRA este ____ día de _____, 20__.

Notario Público _____ Mi encargo vence el: _____

**OPCIONAL:
DECLARACIÓN DE QUE USTED COMENTÓ SUS ALTERNATIVAS
DE ATENCIÓN MÉDICA FUTURA CON SU MÉDICO**

NOTA: Antes de decidir por sí mismo los cuidados de salud que desea, tal vez desee preguntar a su médico respecto a las alternativas de tratamiento. La ley de Arizona no exige esta declaración de su médico. En caso que platique con su médico, conviene que le pida que llene esta sección. Pida a su médico que conserve una copia de este formulario en sus expedientes médicos.

PODER DURADERO PARA CUIDADOS DE SALUD (Última página)

En esta fecha revisé este documento con el Poderdante y comenté cualesquier dudas respecto a las consecuencias médicas probables de las alternativas de tratamiento previstas en lo precedente. Acepto cumplir con las disposiciones de esta directriz y cumpliré con las decisiones sobre cuidados de salud tomadas por el representante, a menos que alguna decisión atente contra mi conciencia. En tal caso, daré a conocer inmediatamente mi renuencia en cumplir y transferiré o trataré de transferir la atención médica del paciente a otro prestador de servicios médicos dispuesto a actuar de conformidad con la directriz del representante.

Nombre del médico (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

**STATE OF ARIZONA
DURABLE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY
Instructions and Form**

GENERAL INSTRUCTIONS: Use this Durable Health Care Power of Attorney form if you want to select a person to make future health care decisions for you so that if you become too ill or cannot make those decisions for yourself the person you choose and trust can make medical decisions for you. Talk to your family, friends, and others you trust about your choices. Also, it is a good idea to talk with professionals such as your doctor, clergy person and a lawyer before you sign this form.

Be sure you understand the importance of this document. If you decide this is the form you want to use, complete the form. **Do not sign this form until** your witness or a Notary Public is present to witness the signing. There are further instructions for you about signing this form on page three.

1. Information about me: (I am called the "Principal")

My Name: _____ My Age: _____
My Address: _____ My Date of Birth: _____
_____ My Telephone: _____

2. Selection of my health care representative and alternate: (Also called an "agent" or "surrogate")

I choose the following person to act as my representative to make health care decisions for me:

Name: _____ Home Telephone: _____
Street Address: _____ Work Telephone: _____
City, State, Zip: _____ Cell Telephone: _____

I choose the following person to act as an alternate representative to make health care decisions for me if my first representative is unavailable, unwilling, or unable to make decisions for me:

Name: _____ Home Telephone: _____
Street Address: _____ Work Telephone: _____
City, State, Zip: _____ Cell Telephone: _____

3. What I AUTHORIZE if I am unable to make medical care decisions for myself:

I authorize my health care representative to make health care decisions for me when I cannot make or communicate my own health care decisions due to mental or physical illness, injury, disability, or incapacity. I want my representative to make all such decisions for me except those decisions that I have expressly stated in Part 4 below that I do not authorize him/her to make. If I am able to communicate in any manner, my representative should discuss my health care options with me. My representative should explain to me any choices he or she made if I am able to understand. This appointment is effective unless and until it is revoked by me or by an order of a court.

The types of health care decisions I authorize to be made on my behalf include but are not limited to the following:

- To consent or to refuse medical care, including diagnostic, surgical, or therapeutic procedures;
- To authorize the physicians, nurses, therapists, and other health care providers of his/her choice to provide care for me, and to obligate my resources or my estate to pay reasonable compensation for these services;
- To approve or deny my admittance to health care institutions, nursing homes, assisted living facilities, or other facilities or programs. By signing this form I understand that I allow my representative to make decisions about my mental health care except that generally speaking he or she cannot have me admitted to a structured treatment setting with 24-hour-a-day supervision and an intensive treatment program – called a "level one" behavioral health facility – using just this form;

DURABLE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY (Cont'd)

- To have access to and control over my medical records and to have the authority to discuss those records with health care providers.

4. DECISIONS I EXPRESSLY DO NOT AUTHORIZE my Representative to make for me:

I do not want my representative to make the following health care decisions for me (describe or write in "not applicable"):

5. My specific desires about autopsy:

NOTE: Under Arizona law, an autopsy is not required unless the county medical examiner, the county attorney, or a superior court judge orders it to be performed. See the General Information document for more information about this topic. Initial or put a check mark by one of the following choices.

- ____ Upon my death I DO NOT consent to (want) an autopsy.
- ____ Upon my death I DO consent to (want) an autopsy.
- ____ My representative may give or refuse consent for an autopsy.

6. My specific desires about organ donation: ("anatomical gift")

NOTE: Under Arizona law, you may donate all or part of your body. If you do not make a choice, your representative or family can make the decision when you die. You may indicate which organs or tissues you want to donate and where you want them donated. Initial or put a check mark by A or B below. If you select B, continue with your choices.

- ____ **A. I DO NOT WANT** to make an organ or tissue donation, and I do not want this donation authorized on my behalf by my representative or my family.
- ____ **B. I DO WANT** to make an organ or tissue donation when I die. Here are my directions:

1. What organs/tissues I choose to donate: (Select a or b below)

- ____ **a.** Any needed parts or organs.
- ____ **b.** These parts or organs:
 - 1.) _____
 - 2.) _____
 - 3.) _____

2. What purposes I donate organs/tissues for: (Select a, b, or c below)

- ____ **a.** Any legally authorized purpose (transplantation, therapy, medical and dental evaluation and research, and/or advancement of medical and dental science).
- ____ **b.** Transplant or therapeutic purposes only.
- ____ **c.** Other: _____

3. What organization or person I want my parts or organs to go to:

- ____ **a.** I have already signed a written agreement or donor card regarding organ and tissue donation with the following individual or institution: (Name) _____
- ____ **b.** I would like my tissues or organs to go to the following individual or institution: (Name) _____
- ____ **c.** I authorize my representative to make this decision.

DURABLE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY (Cont'd)

7. Funeral and Burial Disposition: (Optional)

My agent has authority to carry out all matters relating to my funeral and burial disposition wishes in accordance with this power of attorney, which is effective upon my death. My wishes are reflected below:

Initial or put a check mark by those choices you wish to select.

- Upon my death, I direct my body to be buried. (As opposed to cremated)
- Upon my death, I direct my body to be buried in _____ (Optional directive)
- Upon my death, I direct my body to be cremated.
- Upon my death, I direct my body to be cremated with my ashes to be _____ (Optional directive)
- My agent will make all funeral and burial disposition decisions. (Optional directive)

8. About a Living Will:

NOTE: If you have a Living Will and a Durable Health Care Power of Attorney, **you must attach** the Living Will to this form. A Living Will form is available on the Attorney General (AG) web site. Initial or put a check mark by box A or B.

- A.** I have SIGNED AND ATTACHED a completed Living Will in addition to this Durable Health Care Power of Attorney to state decisions I have made about end of life health care if I am unable to communicate or make my own decisions at that time.
- B.** I have NOT SIGNED a Living Will.

9. About a Prehospital Medical Care Directive or Do Not Resuscitate Directive:

NOTE: A form for the Prehospital Medical Care Directive or Do Not Resuscitate Directive is available on the AG Web site. Initial or put a check mark by box A or B.

- A.** I and my doctor or health care provider HAVE SIGNED a Prehospital Medical Care Directive or Do Not Resuscitate Directive on paper with ORANGE background in the event that 911 or Emergency Medical Technicians or hospital emergency personnel are called and my heart or breathing has stopped.
- B.** I have NOT SIGNED a Prehospital Medical Care Directive or Do Not Resuscitate Directive.

HIPAA WAIVER OF CONFIDENTIALITY FOR MY AGENT/REPRESENTATIVE

(Initial) I intend for my agent to be treated as I would be with respect to my rights regarding the use and disclosure of my individually identifiable health information or other medical records. This release authority applies to any information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (aka HIPAA), 42 USC 1320d and 45 CFR 160-164.

SIGNATURE OR VERIFICATION

A. I am signing this Durable Health Care Power of Attorney as follows:

My Signature: _____ Date: _____

B. I am physically unable to sign this document, so a witness is verifying my desires as follows:

Witness Verification: I believe that this Durable Health Care Power of Attorney accurately expresses the wishes communicated to me by the principal of this document. He/she intends to adopt this Durable Health Care Power of Attorney at this time. He/she is physically unable to sign or mark this document at this time, and I verify that he/she directly indicated to me that the Durable Health Care Power of Attorney expresses his/her wishes and that he/she intends to adopt the Durable Health Care Power of Attorney at this time.

DURABLE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY (Cont'd)

Witness Name (printed): _____

Signature: _____ Date: _____

SIGNATURE OF WITNESS OR NOTARY PUBLIC:

NOTE: At least one adult witness OR a Notary Public must witness the signing of this document and then sign it. The witness or Notary Public CANNOT be anyone who is: (a) under the age of 18; (b) related to you by blood, adoption, or marriage; (c) entitled to any part of your estate; (d) appointed as your representative; or (e) involved in providing your health care at the time this form is signed.

A. Witness: I certify that I witnessed the signing of this document by the Principal. The person who signed this Durable Health Care Power of Attorney appeared to be of sound mind and under no pressure to make specific choices or sign the document. I understand the requirements of being a witness and I confirm the following:

- I am not currently designated to make medical decisions for this person.
- I am not directly involved in administering health care to this person.
- I am not entitled to any portion of this person's estate upon his or her death under a will or by operation of law.
- I am not related to this person by blood, marriage or adoption.

Witness Name (printed): _____

Signature: _____ Date: _____

Address: _____

Notary Public (NOTE: If a witness signs your form, you DO NOT need a notary to sign):

STATE OF ARIZONA) ss
COUNTY OF _____)

The undersigned, being a Notary Public certified in Arizona, declares that the person making this Durable Health Care Power of Attorney has dated and signed or marked it in my presence and appears to me to be of sound mind and free from duress. I further declare I am not related to the person signing above by blood, marriage or adoption, or a person designated to make medical decisions on his/her behalf. I am not directly involved in providing health care to the person signing. I am not entitled to any part of his/her estate under a will now existing or by operation of law. In the event the person acknowledging this Durable Health Care Power of Attorney is physically unable to sign or mark this document, I verify that he/she directly indicated to me that this Durable Health Care Power of Attorney expresses his/her wishes and that he/she intends to adopt the Durable Health Care Power of Attorney at this time.

WITNESS MY HAND AND SEAL this ___ day of _____, 20__.
Notary Public _____ My Commission Expires: _____

**OPTIONAL:
STATEMENT THAT YOU HAVE DISCUSSED
YOUR HEALTH CARE CHOICES FOR THE FUTURE
WITH YOUR PHYSICIAN**

NOTE: Before deciding what health care you want for yourself, you may wish to ask your physician questions regarding treatment alternatives. This statement from your physician is not required by Arizona law. If you do speak with your physician, it is a good idea to have him or her complete this section. Ask your doctor to keep a copy of this form with your medical records.

DURABLE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY (Last Page)

On this date I reviewed this document with the Principal and discussed any questions regarding the probable medical consequences of the treatment choices provided above. I agree to comply with the provisions of this directive, and I will comply with the health care decisions made by the representative unless a decision violates my conscience. In such case I will promptly disclose my unwillingness to comply and will transfer or try to transfer patient care to another provider who is willing to act in accordance with the representative's direction.

Doctor Name (printed): _____
Signature: _____ Date: _____
Address: _____

Se proporciona este formulario en español para permitirle entender el texto del formulario en inglés que sigue más adelante. Si usted opta por usar este formulario, por favor asegúrese de presentar solamente el correspondiente formulario en inglés.

ESTADO DE ARIZONA
PODER DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD MENTAL
Instrucciones y Formularios

INSTRUCCIONES GENERALES: Use este formulario de Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental si desea designar a una persona para que tome las decisiones futuras por usted respecto al cuidado de su salud mental en caso que fuera incapaz de tomarlas por sí mismo. Tan sólo un psiquiatra o psicólogo con licencia en Arizona, quien evaluará si usted puede otorgar su consentimiento informado, puede tomar la decisión respecto a su incapacidad. Asegúrese de entender la importancia de este documento. Hable acerca de sus opciones con sus familiares, amistades y otras personas en quienes confíe. Asimismo, conviene hablar con profesionales tales como su médico, clérigo y un abogado antes de firmar este formulario.

Si decide que éste es el formulario que desea usar, llénelo. **No lo firme hasta que** esté presente su testigo o un Notario Público para que atestigüe su firma. En la página 3 hay instrucciones adicionales para usted respecto a su firma.

1. Información respecto a mí: (Se me denomina el "Poderdante")

Mi nombre: _____ Mi edad: _____
Mi dirección: _____ Mi fecha de nacimiento: _____
_____ Mi teléfono: _____

2. Designación de mi representante y sustituto para tomar decisiones sobre salud mental: (también llamado "agente" o "suplente")

Selecciono a la persona siguiente para que funja como mi representante para tomar decisiones por mí respecto al cuidado de mi salud mental:

Nombre: _____ Teléfono (casa): _____
Dirección: _____ Teléfono (empleo): _____
Ciudad, Estado, _____
Código postal: _____ Teléfono celular: _____

Designo a la persona siguiente para actuar como representante sustituto y tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud mental por mí, en caso que mi primer representante no esté disponible, no quiera o no pueda tomar decisiones por mí.

Nombre: _____ Teléfono (casa): _____
Dirección: _____ Teléfono (empleo): _____
Ciudad, Estado, _____
Código postal: _____ Teléfono celular: _____

3. Tratamientos de salud mental que AUTORIZO en caso que no pudiera tomar las decisiones por mí mismo:

A continuación indico las decisiones de salud mental que le autorizo a mi representante de cuidados de salud mental tomar en mi nombre en caso que yo no fuera capaz de tomar mis propias decisiones al respecto debido a enfermedad mental o física, lesión, incapacidad o discapacidad. En caso que mis deseos no quedaran claros mediante este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental, o si mi representante no los conociera de otra manera, éste de buena fe actuará de conformidad con aquello que más convenga a mis intereses. Este nombramiento permanecerá en vigor, a menos y hasta que yo lo revoque o se revoque por orden judicial. Mi representante está autorizado a hacer todo aquello que he **marcado o marcado mediante mis iniciales**:

_____ **A. Acerca de mis registros:** Para recibir información en cuanto al tratamiento para la salud mental que se haya propuesto para mí, y a recibir, revisar y consentir a la divulgación de cualquiera de mis registros médicos relacionados con dicho tratamiento.

_____ **B. Acerca de los medicamentos:** Para consentir a la administración de cualesquier medicamentos recomendados por el médico que me está tratando.

_____ **C. Acerca de un entorno estructurado de tratamiento:** Que se me admita en un entorno estructurado de tratamiento con supervisión las 24 horas al día y un programa intensivo de tratamiento con permiso otorgado por el Departamento de Servicios de Salud, que se denomina una instalación de salud conductual de "nivel uno".

_____ **D. Otro:** _____

PODER DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD MENTAL (Continuación)

4. **Tratamientos para la salud mental que NO AUTORIZO expresamente en caso que no pudiera tomar decisiones por mí mismo:** (Explique o anote "Ninguno")

5. **Revocabilidad de este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental:** Este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental se otorga de conformidad con las leyes de Arizona y continuará estando en vigor para todos aquellos que se basen en el mismo, excepto aquellos que hayan recibido notificación verbal o escrita de su revocación. Además, deseo poder revocar este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental de la manera siguiente: (Ponga sus iniciales o marque A o B.)

_____ **A.** Este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental es IRREVOCABLE si no pudiera proporcionar mi consentimiento informado respecto al tratamiento de mi salud mental.

_____ **B.** Este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental es REVOCABLE en cualquier momento si realizo cualquiera de lo siguiente:

- 1.) Si otorgo una revocación escrita de mí Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental o una declaración escrita que descalifique a mi representante o agente.
- 2.) Si le notifico verbalmente a mi representante o agente o a un proveedor de cuidados para salud mental de que lo estoy revocando.
- 3.) Si hago un nuevo Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental.
- 4.) Si realizo cualquier otro acto que demuestre mi intención específica de revocar el Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental o de descalificar a mi representante.

6. **Información adicional** acerca de mis necesidades de tratamiento para el cuidado de salud mental (considere incluir su historia médica acerca de su salud mental o física, requisitos dietéticos, asuntos religiosos, personas quienes notificar y cualquier otro asunto que sienta que es importante):

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE (HIPAA)

_____ **(Iniciales)** Mi intención es que se trate a mi representante como se me trataría a mí respecto a mis derechos relacionados con el uso y divulgación de mi información de salud u otros expedientes médicos identificables individualmente. Esta autorización de revelación es aplicable a cualquier información regulada por la Ley de Portabilidad de Información y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Firmo este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental de la manera siguiente:

Mi firma: _____ Fecha: _____

B. Estoy incapacitado físicamente para firmar este documento, por lo que un testigo verifica mis deseos de la manera siguiente:

Verificación de Testigo: Opino que este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental expresa exactamente los deseos que me comunicó el poderdante de este documento. Su intención es adoptar en este momento este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental. Él/ella está físicamente incapacitado(a) para firmar o poner una cruz en este documento en este momento y yo verifico que me indicó directamente que el Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental expresa sus deseos y que su intención es adoptar en este momento el Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental.

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

PODER DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD MENTAL (Última página)

FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO

NOTA: Por lo menos un testigo adulto O un Notario Público debe atestiguar la firma de este documento y luego firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que: (a) sea menor de 18 años; (b) tenga parentesco con usted por consanguinidad, adopción o matrimonio; (c) tenga derechos a alguna parte de su patrimonio; (d) esté nombrado como su representante; o (e) esté involucrado en prestarle servicios de atención médica al momento en que se firme este formulario.

A. Testigo: Afirmo que conozco personalmente a la persona que firma el Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental y que fui testigo de que la persona lo firmó o ratificó la firma de la persona en este documento en mi presencia. Además, afirmo que dicha persona pareció estar en pleno goce de sus facultades mentales y no estar bajo coacción, dolo o influencia indebida. La persona no está emparentada conmigo ni por consanguinidad, matrimonio o adopción, y no es una persona a quien otorgo cuidados directamente en una capacidad profesional. No he sido nombrado el representante para tomar decisiones médicas a nombre de dicha persona.

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha y hora: _____

Dirección: _____

B. Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, NO ES NECESARIO que un notario público lo firme también)

ESTADO DE ARIZONA)
) Rúbricas
COUNTY OF _____)

El suscrito Notario Público, certificado en Arizona, declara que la persona otorgante de este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental lo fechó y firmó o le puso una cruz en mi presencia, y me parece que está en su sano juicio y no está bajo coacción. Además declaro que no soy pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción de la persona firmante de lo precedente, ni soy una persona nombrada para tomar decisiones médicas por él/ella. No estoy involucrado directamente en prestar cuidados a la persona firmante. No tengo derecho a alguna parte de su patrimonio conforme a un testamento existente ahora o por ministerio de ley. En caso que la persona que ratifica este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental esté incapacitada físicamente para firmar o poner una cruz en este documento, yo verifico que él/ella me indicó directamente que este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental expresa sus deseos y que tiene la intención de adoptar en este momento el Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental.

EN FE DE LO CUAL FIRMO DE MI PUÑO Y LETRA este ____ día de _____, 20__.

Notario Público _____ Mi encargo vence el: _____

**OPCIONAL:
ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE**

Acepto este nombramiento y convengo en fungir como representante para tomar las decisiones respecto al tratamiento para la salud mental del Poderdante. Entiendo que debo actuar en forma congruente con los deseos de la persona a quien represento, conforme se expresa en este Poder Duradero para el Cuidado de Salud Mental, o en caso que no se lo expresara, conforme a lo que sea de mi conocimiento. Si no conozco los deseos del Poderdante, tengo la obligación de actuar conforme a lo que, de buena fe, creo sea en el mejor de los intereses de dicha persona. Entiendo que este documento me otorga la facultad de tomar decisiones acerca del tratamiento respecto a la salud mental sólo en caso que se haya determinado que dicha persona está incapacitada, que de conformidad con las leyes de Arizona significa que un psiquiatra o psicólogo con licencia ha expresado la opinión de que el Poderdante no es capaz de proporcionar su consentimiento informado.

Nombre del Representante (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

**STATE OF ARIZONA
DURABLE MENTAL HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY
Instructions and Form**

GENERAL INSTRUCTIONS: Use this Durable Mental Health Care Power of Attorney form if you want to appoint a person to make future mental health care decisions for you if you become incapable of making those decisions for yourself. The decision about whether you are incapable can only be made by an Arizona licensed psychiatrist or psychologist who will evaluate whether you can give informed consent. Be sure you understand the importance of this document. Talk to your family members, friends, and others you trust about your choices. Also, it is a good idea to talk with professionals such as your doctor, clergy person, and a lawyer before you sign this form.

If you decide this is the form you want to use, complete the form. **Do not sign this form until** your witness or a Notary Public is present to witness the signing. There are more instructions about signing this form on page 3.

1. Information about me: (I am called the "Principal")

My Name: _____ My Age: _____
My Address: _____ My Date of Birth: _____
_____ My Telephone: _____

2. Selection of my health care representative and alternate: (Also called an "agent" or "surrogate")

I choose the following person to act as my representative to make mental health care decisions for me:

Name: _____ Home Telephone: _____
Street Address: _____ Work Telephone: _____
City, State, Zip: _____ Cell Telephone: _____

I choose the following person to act as an alternate representative to make mental health care decisions for me if my first representative is unavailable, unwilling, or unable to make decisions for me:

Name: _____ Home Telephone: _____
Street Address: _____ Work Telephone: _____
City, State, Zip: _____ Cell Telephone: _____

3. Mental health treatments that I AUTHORIZE if I am unable to make decisions for myself:

Here are the mental health treatments I authorize my mental health care representative to make on my behalf if I become incapable of making my own mental health care decisions due to mental or physical illness, injury, disability, or incapacity. If my wishes are not clear from this Durable Mental Health Care Power of Attorney or are not otherwise known to my representative, my representative will, in good faith, act in accordance with my best interests. This appointment is effective unless and until it is revoked by me or by an order of a court. My representative is authorized to do the following **which I have initialed or marked**:

- _____ **A. About my records:** To receive information regarding mental health treatment that is proposed for me and to receive, review, and consent to disclosure of any of my medical records related to that treatment.
- _____ **B. About medications:** To consent to the administration of any medications recommended by my treating physician.
- _____ **C. About a structured treatment setting:** To admit me to a structured treatment setting with 24-hour-a-day supervision and an intensive treatment program licensed by the Department of Health Services, which is called a "level one" behavioral health facility.
- _____ **D. Other:** _____

DURABLE MENTAL HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY (Cont'd)

4. Durable Mental health treatments that I expressly DO NOT AUTHORIZE if I am unable to make decisions for myself: (Explain or write in "None")

5. Revocability of this Durable Mental Health Care Power of Attorney: This Durable Mental Health Care Power of Attorney is made under Arizona law and continues in effect for all who rely upon it except those who have received oral or written notice of its revocation. Further, I want to be able to revoke this Durable Mental Health Care Power of Attorney as follows: (Initial or mark A or B.)

_____ **A.** This Durable Mental Health Care Power of Attorney is IRREVOCABLE if I am unable to give informed consent to mental health treatment.

_____ **B.** This Durable Mental Health Care Power of Attorney is REVOCABLE at all times if I do any of the following:

- 1.) Make a written revocation of the Durable Mental Health Care Power of Attorney or a written statement to disqualify my representative or agent.
- 2.) Orally notify my representative or agent or a mental health care provider that I am revoking.
- 3.) Make a new Durable Mental Health Care Power of Attorney.
- 4.) Any other act that demonstrates my specific intent to revoke a Durable Mental Health Care Power of Attorney or to disqualify my agent.

6. Additional information about my mental health care treatment needs (consider including mental or physical health history, dietary requirements, religious concerns, people to notify and any other matters that you feel are important):

HIPPA WAIVER OF CONFIDENTIALITY FOR MY AGENT/REPRESENTATIVE

_____ **(Initial)** I intend for my agent to be treated as I would be with respect to my rights regarding the use and disclosure of my individually identifiable health information or other medical records. This release authority applies to any information governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (aka HIPAA), 42 USC 1320d and 45 CFR 160-164.

SIGNATURE OR VERIFICATION

A. I am signing this Durable Mental Health Care Power of Attorney as follows:

My Signature: _____ Date: _____

B. I am physically unable to sign this document, so a witness is verifying my desires as follows:

Witness Verification: I believe that this Durable Mental Health Care Power of Attorney accurately expresses the wishes communicated to me by the Principal of this document. He/she intends to adopt this Durable Mental Health Care Power of Attorney at this time. He/she is physically unable to sign or mark this document at this time. I verify that he/she directly indicated to me that the Durable Mental Health Care Power of Attorney expresses his/her wishes and that he/she intends to adopt the Durable Mental Health Care Power of Attorney at this time.

Witness Name (printed): _____

Signature: _____ Date: _____

DURABLE MENTAL HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY (Last Page)

SIGNATURE OF WITNESS OR NOTARY PUBLIC

NOTE: At least one adult witness OR a Notary Public must witness the signing of this document and then sign it. The witness or Notary Public CANNOT be anyone who is: (a) under the age of 18; (b) related to you by blood, adoption, or marriage; (c) entitled to any part of your estate; (d) appointed as your representative; or (e) involved in providing your health care at the time this document is signed.

A. Witness: I affirm that I personally know the person signing this Durable Mental Health Care Power of Attorney and that I witnessed the person sign or acknowledge the person's signature on this document in my presence. I further affirm that he/she appears to be of sound mind and not under duress, fraud, or undue influence. He/she is not related to me by blood, marriage, or adoption and is not a person for whom I directly provide care in a professional capacity. I have not been appointed as the representative to make medical decisions on his/her behalf.

Witness Name (printed): _____
Signature: _____ Date and time: _____
Address: _____

B. Notary Public: (NOTE: If a witness signs your form, you DO NOT need a notary to sign)

STATE OF ARIZONA) ss
COUNTY OF _____)

The undersigned, being a Notary Public certified in Arizona, declares that the person making this Durable Mental Health Care Power of Attorney has dated and signed or marked it in my presence and appears to me to be of sound mind and free from duress. I further declare I am not related to the person signing above, by blood, marriage or adoption, or a person designated to make medical decisions on his/her behalf. I am not directly involved in providing care as a professional to the person signing. I am not entitled to any part of his/her estate under a will now existing or by operation of law. In the event the person acknowledging this Durable Mental Health Care Power of Attorney is physically unable to sign or mark this document, I verify that he/she directly indicated to me that the Durable Mental Health Care Power of Attorney expresses his/her wishes and that he/she intends to adopt the Durable Mental Health Care Power of Attorney at this time.

WITNESS MY HAND AND SEAL this ____ day of _____, 20__.
Notary Public: _____ My commission expires: _____

**OPTIONAL:
REPRESENTATIVE'S ACCEPTANCE OF APPOINTMENT**

I accept this appointment and agree to serve as agent to make mental health treatment decisions for the Principal. I understand that I must act consistently with the wishes of the person I represent as expressed in this Durable Mental Health Care Power of Attorney or, if not expressed, as otherwise known by me. If I do not know the Principal's wishes, I have a duty to act in what I, in good faith, believe to be that person's best interests. I understand that this document gives me the authority to make decisions about mental health treatment only while that person has been determined to be incapacitated which means under Arizona law that a licensed psychiatrist or psychologist has the opinion that the Principal is unable to give informed consent.

Representative Name (printed): _____
Signature: _____ Date: _____

Se proporciona este formulario en español para permitirle entender el texto del formulario en inglés que sigue más adelante. Si usted opta por usar este formulario, por favor asegúrese de presentar solamente el correspondiente formulario en inglés.

ESTADO DE ARIZONA
TESTAMENTO VITAL (Atención Médica al Final de la Vida)
Instrucciones y Formularios

INSTRUCCIONES GENERALES: Utilice este formulario de Testamento Vital para tomar decisiones ahora respecto a sus cuidados médicos en caso que alguna vez estuviera en estado terminal, estado vegetativo persistente, o en coma irreversible. Deberá hablar con su médico respecto a lo que significan estos términos. El Testamento Vital indica lo que hubiera elegido para sí mismo en caso que pudiera comunicarse y representa las indicaciones escritas al representante de sus cuidados médicos, en caso que tuviera uno, a sus familiares, su médico y cualquier otra persona que podría estar en posibilidades de tomar decisiones por usted respecto a su cuidado médico. Hable con sus familiares, amigos y otras personas en quienes confíe, con respecto a sus opciones. Asimismo, conviene hablar con profesionales, tales como su médico, clérigo y un abogado antes de llenar y firmar este Testamento Vital.

Si decide que ésta es el formulario que desea usar, llene el formulario. **No firme el Testamento Vital** hasta que estén presentes sus testigos o un Notario Público para que atestigüen su firma. En la página 2 hay instrucciones adicionales para usted respecto a su firma.

IMPORTANTE: En caso que tenga un Testamento Vital y un Poder Duradero para Cuidados de Salud, debe adjuntar el Testamento Vital al Poder Duradero para Cuidados de Salud.

1. Información respecto a mí: (Se me denomina el "Poderdante")

Mi nombre: _____ Mi edad: _____
Mi dirección: _____ Mi fecha de nacimiento: _____
Mi teléfono: _____

2. Mis decisiones respecto a los cuidados al final de mi vida:

NOTA: Aquí se proporcionan algunas aseveraciones generales acerca de las opciones que tiene en cuanto a los cuidados médicos que requiere al final de su vida. Se enumeran en el orden indicado en las leyes de Arizona. Puede poner sus iniciales en cualquier combinación de los párrafos A, B, C, y D. **Si pone sus iniciales en el párrafo E, no ponga sus iniciales en ningún otro párrafo.** Lea todas las aseveraciones cuidadosamente antes de colocar sus iniciales para indicar su opción. Asimismo, puede redactar su propia aseveración respecto a los tratamientos para mantenerlo con vida y otros asuntos en relación a sus cuidados médicos en la Sección 3 de este formulario.

_____ **A. Sólo cuidados para sentirse cómodo:** Si tengo una enfermedad terminal, no deseo que se prolongue mi vida, y no deseo tratamientos para mantenerme con vida más allá de cuidados para sentirme cómodo, mismos que sólo servirían para retardar artificialmente el momento de mi fallecimiento. (NOTA: "Cuidados para sentirse cómodo" se refiere a los tratamientos en un intento por proteger y mejorar la calidad de vida sin prolongarla artificialmente.)

_____ **B. Limitaciones específicas respecto a los tratamientos médicos que deseo:** (NOTA: Ponga sus iniciales o marque una o más opciones; hable con su médico con respecto a sus opciones.) Si tengo una enfermedad terminal o me encuentro en un estado de coma irreversible o en un estado vegetativo persistente y mis médicos opinan razonablemente que este estado es irreversible o incurable, deseo el tratamiento médico necesario para proporcionarme el cuidado que me mantendría cómodo, pero **no deseo lo siguiente:**

- ___ 1.) Resucitación cardiopulmonar, por ejemplo, el uso de fármacos, choques eléctricos y respiración artificial.
- ___ 2.) La administración artificial de alimentos y líquidos.
- ___ 3.) Ser llevado a un hospital, si puede evitarse de alguna manera.

_____ **C. Embarazo:** Independientemente de cualquier otra indicación que haya dado en este Testamento Vital, si se sabe que estoy embarazada, no deseo que se retenga o retire el tratamiento para mantenerme con vida si fuera posible que el embrión/feto se desarrollara hasta el punto en que pudiera nacer vivo con la aplicación continuada del tratamiento que me mantenga con vida.

_____ **D. Tratamiento hasta que se conozca razonablemente mi estado médico:** Independientemente de las instrucciones que he hecho en el presente Testamento Vital, deseo el uso de todos los cuidados médicos necesarios para tratar mi trastorno, hasta que mis médicos concluyan razonablemente que mi estado médico es terminal o irreversible e incurable, o que me encuentro en un estado vegetativo persistente.

_____ **E. Indicaciones para prolongar mi vida:** Deseo que se prolongue mi vida en la mayor medida posible.

ESTADO DE ARIZONA
TESTAMENTO VITAL (Atención Médica al Final de la Vida) (Continuación)

3. Otras aseveraciones o deseos que quiero que se sigan para los cuidados al final de mi vida:

NOTA: Puede agregar disposiciones o limitaciones adicionales respecto al cuidado médico, que no se hayan incluido en este formulario de Testamento Vital. Ponga sus iniciales o una marca junto al cuadro A o B abajo. Asegúrese de incluir el anexo si marca el cuadro B.

- ___ **A.** No he agregado disposiciones especiales adicionales o limitaciones que deseo respecto a los cuidados al final de mi vida.
- ___ **B.** He agregado disposiciones especiales adicionales o limitaciones que deseo respecto a los cuidados al final de mi vida.

FIRMA O VERIFICACIÓN

A. Firmo este Testamento Vital de la manera siguiente:

Mi firma: _____ Fecha: _____

B. Estoy incapacitado físicamente para firmar este Testamento Vital, por lo que un testigo verifica mis deseos de la manera siguiente:

Verificación de Testigo: Opino que este Testamento Vital expresa exactamente los deseos que me comunicó el poderdante de este documento. Su intención es adoptar en este momento este Testamento Vital. El/ella está físicamente incapacitado(a) para firmar o poner una cruz en este documento en este momento, y yo verifico que me indicó directamente que el Testamento Vital expresa sus deseos y que su intención es adoptar en este momento el Testamento Vital.

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

FIRMA DEL TESTIGO O NOTARIO PÚBLICO:

NOTA: Por lo menos un testigo adulto O un Notario Público debe atestiguar la firma de este documento y luego firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que: (a) sea menor de 18 años; (b) tenga parentesco con usted por consanguinidad, adopción o matrimonio; (c) tenga derechos a alguna parte de su patrimonio; (d) esté nombrado como su representante; o (e) esté involucrado en prestarle servicios de atención médica al momento en que se firme este formulario.

A. Testigo: Certifico que atestigüé que el Poderdante firmó este documento. La persona que firmó este Testamento Vital pareció estar en su sano juicio y no estar bajo presión alguna para expresar preferencias específicas o firmar el documento. Entiendo los requisitos para ser testigo y confirmo lo siguiente:

- ◆ Actualmente no estoy nombrado para tomar decisiones médicas por esta persona.
- ◆ No estoy involucrado directamente en prestar atención médica a esta persona.
- ◆ No tengo derecho a alguna parte del patrimonio de esta persona al momento de su muerte, conforme a un testamento o por ministerio de ley.
- ◆ No tengo parentesco con esta persona por consanguinidad, matrimonio o adopción.

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

B. Notario Público (NOTA: Si un testigo firma su formulario, NO ES NECESARIO que un notario público lo firme también)

ESTADO DE ARIZONA)
) Rúbricas
COUNTY OF _____)

El suscrito Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona otorgante de este Testamento Vital lo fechó y firmó o le puso una cruz en mi presencia y me parece que está en su sano juicio y no está bajo coacción. Además declaro que no soy pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción de la persona firmante de lo precedente, ni soy una persona nombrada para tomar decisiones médicas por él/ella. No estoy involucrado directamente en prestar servicios de atención médica a la persona firmante. No tengo derecho a alguna parte de su patrimonio conforme a un testamento existente ahora o por ministerio de ley. En caso que la persona que ratifica este Testamento Vital esté incapacitada físicamente para firmar o poner una cruz en este documento, yo verifico que él/ella me indicó directamente que este Testamento Vital expresa sus deseos y que tiene la intención de adoptar en este momento el Testamento Vital.

EN FE DE LO CUAL FIRMO DE MI PUÑO Y LETRA este ____ día de _____, 20__.

Notario Público: _____ Mi encargo vence el: _____

STATE OF ARIZONA
LIVING WILL (End of Life Care)
Instructions and Form

GENERAL INSTRUCTIONS: Use this Living Will form to make decisions now about your medical care if you are ever in a terminal condition, a persistent vegetative state or an irreversible coma. You should talk to your doctor about what these terms mean. The Living Will states what choices you would have made for yourself if you were able to communicate. It is your written directions to your health care representative if you have one, your family, your physician, and any other person who might be in a position to make medical care decisions for you. Talk to your family members, friends, and others you trust about your choices. Also, it is a good idea to talk with professionals such as your doctor, clergyperson and a lawyer before you complete and sign this Living Will.

If you decide this is the form you want to use, complete the form. **Do not sign the Living Will until** your witness or a Notary Public is present to watch you sign it. There are further instructions for you about signing on page 2.

IMPORTANT: If you have a Living Will and a Durable Health Care Power of Attorney, you must attach the Living Will to the Durable Health Care Power of Attorney.

1. Information about me: (I am called the "Principal")

My Name: _____
My Address: _____

My Age: _____
My Date of Birth: _____
My Telephone: _____

2. My decisions about End of Life Care:

NOTE: Here are some general statements about choices you have as to health care you want at the end of your life. They are listed in the order provided by Arizona law. You can initial any combination of paragraphs A, B, C, and D. **If you initial Paragraph E, do not initial any other paragraphs.** Read all of the statements carefully before initialing to indicate your choice. You can also write your own statement concerning life-sustaining treatments and other matters relating to your health care at Section 3 of this form.

_____ **A. Comfort Care Only:** If I have a terminal condition I do not want my life to be prolonged, and I do not want life-sustaining treatment, beyond comfort care, that would serve only to artificially delay the moment of my death. (NOTE: "Comfort care" means treatment in an attempt to protect and enhance the quality of life without artificially prolonging life.)

_____ **B. Specific Limitations on Medical Treatments I Want:** (NOTE: Initial or mark one or more choices, talk to your doctor about your choices.) If I have a terminal condition, or am in an irreversible coma or a persistent vegetative state that my doctors reasonably believe to be irreversible or incurable, I do want the medical treatment necessary to provide care that would keep me comfortable, but **I do not want the following:**

- _____ 1.) Cardiopulmonary resuscitation, for example, the use of drugs, electric shock, and artificial breathing.
- _____ 2.) Artificially administered food and fluids.
- _____ 3.) To be taken to a hospital if it is at all avoidable.

_____ **C. Pregnancy:** Regardless of any other directions I have given in this Living Will, if I am known to be pregnant I do not want life-sustaining treatment withheld or withdrawn if it is possible that the embryo/fetus will develop to the point of live birth with the continued application of life-sustaining treatment.

_____ **D. Treatment Until My Medical Condition is Reasonably Known:** Regardless of the directions I have made in this Living Will, I do want the use of all medical care necessary to treat my condition until my doctors reasonably conclude that my condition is terminal or is irreversible and incurable, or I am in a persistent vegetative state.

_____ **E. Direction to Prolong My Life:** I want my life to be prolonged to the greatest extent possible

STATE OF ARIZONA LIVING WILL ("End of Life Care") (Cont'd)

3. Other Statements Or Wishes I Want Followed For End of Life Care:

NOTE: You can attach additional provisions or limitations on medical care that have not been included in this Living Will form. Initial or put a check mark by box A or B below. Be sure to include the attachment if you check B.

- A. I have not attached additional special provisions or limitations about End of Life Care I want.
B. I have attached additional special provisions or limitations about End of Life Care I want.

SIGNATURE OR VERIFICATION

A. I am signing this Living Will as follows:

My Signature: _____ Date: _____

B. I am physically unable to sign this Living Will, so a witness is verifying my desires as follows:

Witness Verification: I believe that this Living Will accurately expresses the wishes communicated to me by the principal of this document. He/she intends to adopt this Living Will at this time. He/she is physically unable to sign or mark this document at this time. I verify that he/she directly indicated to me that the Living Will expresses his/her wishes and that he/she intends to adopt the Living Will at this time.

Witness Name (printed): _____

Signature: _____ Date: _____

SIGNATURE OF WITNESS OR NOTARY PUBLIC

NOTE: At least one adult witness OR a Notary Public must witness you signing this document and then sign it. The witness or Notary Public CANNOT be anyone who is: (a) under the age of 18; (b) related to you by blood, adoption, or marriage; (c) entitled to any part of your estate; (d) appointed as your representative; or (e) involved in providing your health care at the time this document is signed.

- A. Witness: I certify that I witnessed the signing of this document by the Principal. The person who signed this Living Will appeared to be of sound mind and under no pressure to make specific choices or sign the document. I understand the requirements of being a witness. I confirm the following:
- I am not currently designated to make medical decisions for this person.
- I am not directly involved in administering health care to this person.
- I am not entitled to any portion of this person's estate upon his or her death under a will or by operation of law.
- I am not related to this person by blood, marriage, or adoption.

Witness Name (printed): _____

Signature: _____ Date: _____

Address: _____

B. Notary Public: (NOTE: a Notary Public is only required if no witness signed above)

STATE OF ARIZONA) ss
COUNTY OF _____)

The undersigned, being a Notary Public certified in Arizona, declares that the person making this Living Will has dated and signed or marked it in my presence, and appears to me to be of sound mind and free from duress. I further declare I am not related to the person signing above, by blood, marriage or adoption, or a person designated to make medical decisions on his/her behalf. I am not directly involved in providing health care to the person signing. I am not entitled to any part of his/her estate under a will now existing or by operation of law. In the event the person acknowledging this Living Will is physically unable to sign or mark this document, I verify that he/she directly indicated to me that the Living Will expresses his/her wishes and that he/she intends to adopt the Living Will at this time.

WITNESS MY HAND AND SEAL this _____ day of _____, 20____.

Notary Public: _____ My commission expires: _____

PODER LEGAL DURADERO



“Me gusta vivir por mí mismo, pero se me hace un poco difícil recordarme de apartar dinero para todas mis cuentas. Tengo mi propio trabajo y gano mi propio dinero, pero necesito un poco de ayuda. ¿Cómo puedo dar a alguien la oportunidad de ayudarme con mis finanzas sin renunciar a mi independencia?”

¿Quién necesita un poder legal duradero?

Una persona en pleno uso de sus facultades mentales (legalmente competente) y que desea designar a otra persona para que actúe como su representante para tomar decisiones financieras en nombre de la persona, o poderdante, podría beneficiarse con un poder legal duradero.

NOTA IMPORTANTE:

La ventaja de esta opción legal es que no requiere intervención de un tribunal y es menos costosa y menos complicada que una curatela. Sin embargo, ya que no hay supervisión de un tribunal, es muy importante que el representante sea alguien en quien se pueda confiar la atención de las necesidades del poderdante y el manejo inteligente del dinero y los activos.

¿Quién puede ser designado como “representante” en un poder legal duradero?

Un representante debiera ser una persona que pueda tomar las decisiones financieras importantes que el poderdante le otorga autoridad para tomar. El representante puede ser un cónyuge, pariente, amigo o cualquier otra persona que actuará en beneficio del poderdante.

¿Qué hace un representante bajo un poder legal duradero?

Un documento de poder legal duradero es un documento que permite a una persona, el poderdante, dar a otra persona, el representante, la autoridad para manejar sus asuntos financieros ahora, o en un momento determinado en el futuro. Para que un poder legal duradero sea válido, el poderdante que designa al representante tiene que ser capaz de entender y dar su consentimiento para que otra persona maneje sus asuntos financieros al momento en que se firma el poder legal. El poder legal duradero puede especificar cuáles decisiones financieras desea el poderdante que tome el representante. Por ejemplo, el poder legal podría estar limitado a pagar cuentas, o puede confiar el manejo de todas las decisiones financieras del poderdante. El poder legal también indica si tiene vigencia inmediata, o solamente al presentarse incapacidad del poderdante.

A diferencia de una curatela, no hay supervisión de un tribunal sobre el poder legal duradero. Esto significa que el representante no tiene que reportar los gastos al tribunal de forma regular. Sin embargo,

un representante podría ser procesado por lo penal si no utiliza el dinero o propiedades para beneficio del poderdante.

¿Cómo se elabora un poder legal duradero?

Para ser efectivo, un poder legal duradero tiene que ser completado y firmado por el poderdante, atestiguado y autenticado ante notario. Si un poder legal es necesario solamente para las finanzas de una persona, el banco o la institución financiera de la persona podría tener un formulario de poder legal duradero disponible para sus usuarios. Asegúrese de comprobar con su banco o institución financiera los requerimientos específicos para designar un poder legal, para estar seguro de satisfacer los requisitos del banco.

Los poderes legales duraderos pueden tener muchas formas diferentes y pueden cubrir una variedad de poderes legales para la toma de decisiones; podría valer la pena consultar con un abogado para ayudar a asegurarse que el documento que usted utilice sea legalmente ejecutable para los fines que usted persigue.

¿Cómo se cambia o termina un poder legal duradero?

El documento que establece el poder legal puede especificar cuándo se vence. El poderdante también puede revocar el poder legal haciendo pedazos el documento original o otorgando un documento de revocación. El poderdante puede terminar el poder legal en cualquier momento, siempre que no esté incapacitado. Si el poderdante resulta incapacitado, cualquier persona interesada que crea que el representante no está actuando para bien del poderdante puede contactar al fiscal del condado con respecto al asunto.

¿Qué sucede si la persona designada para actuar como Apoderado Duradero no está disponible, no desea o no puede fungir como Apoderado?

Una persona que designa a un Apoderado Duradero puede, en cualquier momento, elegir a un nuevo Apoderado o revocar la Carta Poder. Si un Apoderado no está disponible, no desea o no puede tomar las decisiones, la persona que designó al Apoderado puede designar a una nueva persona.

Al igual que el Apoderado Duradero para Cuidados de Salud y el Apoderado Duradero para Salud Mental, la persona que designa a este Apoderado también puede designar un “representante alterno”, quien puede actuar como persona que toma las decisiones cuando el Apoderado no está disponible, no desea o no puede tomar las decisiones. Si usted quiere asegurarse que tiene un Apoderado de respaldo, asegúrese de comunicárselo a todo abogado que le ayude a preparar esos documentos.

CURATELA



“Mi hermano estuvo en un accidente de automóvil y sufrió una lesión cerebral seria que resultó en discapacidad permanente. Como resultado del accidente, recibió un pago de gran tamaño, pero debido a su lesión, me preocupa que no sea capaz de manejar este pago, y quiero asegurarme que sus necesidades sean atendidas. ¿Qué puedo hacer yo para ayudar?”

¿Quién necesita una curatela?

Una persona que no es capaz de manejar sus finanzas y que tiene propiedades o tiene ingresos u otros activos, puede beneficiarse de un curador designado por un tribunal. Un curador actúa como el administrador financiero de una persona, designado para supervisar todos los activos y propiedades de la persona. *Si el único ingreso de una persona proviene del SSI o SSDI, un representante del beneficiario sería más apropiado que una curatela.*

NOTA IMPORTANTE:

Puede existir más de un tipo de autoridad para decisiones legales al mismo tiempo. Por ejemplo, una curatela podría obtenerse al mismo tiempo que una tutela, y la misma persona podría actuar en ambas capacidades.

Tener un tutor y además un curador solamente se recomienda cuando la persona es considerada incompetente y tiene activos significativos.

¿Quién puede ser designado como curador?

Cualquier persona puede fungir como curador. Sin embargo, es más probable que el tribunal designe a alguien como curador que ha sido nombrado como apoderado legal de la persona que necesita el curador, alguien que es un pariente cercano de la persona, o el cuidador de la persona. Un fiduciario privado, tutor o curador profesional, o el Departamento de Servicios para Veteranos también pueden servir como curadores. Si no hay ninguna persona disponible, un fiduciario público puede prestar servicios como curador. *Ver Apéndice A para un listado de fiduciarios públicos.*

¿Qué hace un curador?

Un curador también se conoce como un fiduciario. Esto significa que el curador tiene ciertas obligaciones de toma de decisiones acerca del dinero o propiedades de la persona, buscando el bien de la persona protegida. El trabajo del curador es supervisado; el curador tiene la responsabilidad de mantener registros y reportar de vuelta al tribunal sobre el estatus de los activos que tenga a su cargo administrar. El curador tiene que tomar buenas decisiones acerca del manejo de los activos y tiene que asegurarse que el dinero esté accesible para el pago de cuidado, sostén y educación de la persona protegida. Un curador puede ser

designado para una sola transacción o en base continua.

¿Cómo se designa un curador?

Se presenta una petición ante el tribunal solicitando la designación de un curador. Se nombrará un abogado para que represente a la persona que será protegida, a menos que ya lo tenga. Si la persona a ser protegida tiene una enfermedad o discapacidad mental, el tribunal designará un investigador que entreviste a esta persona y solicite las evaluaciones médicas y psicológicas apropiadas para asegurar que una curatela es lo apropiado. Se presentarán reportes por escrito al tribunal y se tendrá una audiencia. Si el tribunal falla que se han establecido las bases para una curatela o cualquier otra orden de protección, el tribunal designará un curador o emitirá las órdenes de protección apropiadas según sea necesario.

¿Cómo puede terminarse o cambiarse una curatela?

Dado que la curatela es una relación legal, tiene que ser manejada a través del tribunal. La persona protegida u otra parte interesada puede presentar una petición en cualquier momento, explicando por qué es apropiado terminar o cambiar la curatela.

¿Cuáles son los costos asociados con una curatela?

Si la persona que solicita la curatela no contrata a un abogado, los únicos costos son normalmente la cuota de registro en el tribunal (a la fecha de publicación en la portada, las cuotas son \$251 en el Condado de Maricopa; \$186 en el Condado de Pima), y la diligencia de notificación/entrega de documentos a la persona con una discapacidad (entre \$30-\$100 dependiendo de la ubicación de la persona protegida potencial). Los residentes del Condado de Maricopa tendrán que pagar además \$400 de cuota de investigación del tribunal sucesorio.

Si el tribunal falla que la persona a ser protegida no necesita una curatela, el tribunal puede cobrar a la persona que presentó la petición de curatela todos los costos relacionados con los servicios de un abogado nombrado por el tribunal para la persona a ser protegida. Como alternativa, si el tribunal falla que la persona necesita una curatela, los costos asociados con establecer la curatela, tales como los honorarios del abogado de la persona protegida u otras personas designadas por el tribunal para evaluar a la persona protegida, se obtendrán del dinero de la persona protegida o de un fondo del tribunal.

Los honorarios de abogados varían para establecer una curatela y pueden depender de la naturaleza y complejidad de los asuntos. Una curatela requiere una rendición de cuentas regular anual al tribunal. Si las rendiciones de cuentas son complejas, podría necesitarse la ayuda de un abogado o contable. Además, *el Condado de Maricopa cobra una cuota de \$300.00* por revisar y aprobar la rendición de cuentas anual.

¿Qué sucede si la persona designada para actuar como curador ya no está disponible, no desea o no puede fungir como Curador?

Debido a que el nombramiento de un curador es administrado por el tribunal, solamente el tribunal puede designar a un nuevo curador para prestar servicios en esa posición. Cuando una curatela se establece inicialmente, puede solicitarse un curador alterno o de respaldo, pero en última instancia esa decisión depende del tribunal.

TUTELA LEGAL



“Mi sobrino es un adulto con discapacidad del desarrollo. Vive en un hogar colectivo y es independiente para hacer muchas cosas, pero recientemente se aprovecharon de él y ha firmado un contrato que no es para su beneficio. Me preocupa que un poder legal no sea suficiente para protegerle, y me siento inútil. ¿Qué más puedo hacer?”

¿Quién necesita una tutela?

Una persona incapacitada, o **pupilo**, es alguien que no es capaz de tomar o comunicar decisiones responsables en cuanto a las necesidades más básicas de la vida. La designación de un tutor puede ayudar a proteger al pupilo, dándole poder al tutor para manejar ciertas decisiones sobre la vida del pupilo. Dado que una tutela es la opción más restrictiva para una persona, debe considerarse solamente cuando la persona se encuentre muy limitada en su capacidad para tomar hasta las decisiones más básicas. Una tutela incorpora las funciones del Representante Designado de Cuidados de Salud Mental, el Poder Legal Duradero de Salud Mental o de Cuidados de Salud, el Representante Designado en el Programa de Rehabilitación Vocacional, y otorga al tutor el derecho de tomar decisiones en cuanto a educación.

NOTA IMPORTANTE:

La tutela requiere la intervención de un tribunal, tiempo y gastos, y restringe seriamente la independencia de una persona. Las personas bajo tutela legal plena no pueden votar ni manejar un vehículo, no pueden firmar contratos y necesitan el consentimiento de un tutor para actividades desde asistir a una fiesta o dónde vivir, hasta qué comer y aun cuándo buscar asistencia médica.

La tutela solamente debiera considerarse como última instancia cuando otras opciones legales como representante de beneficiario, poder legal o curatela no son suficientes para asegurar que la persona con una discapacidad estará segura y tendrá acceso a los servicios que necesita.

¿Quién puede designarse como tutor?

Un tutor debiera ser una persona que pueda tomar decisiones importantes sobre la vida de un pupilo, buscando los mayores beneficios para el pupilo. El tutor podría ser el cónyuge, padre/madre o hijo/hija mayor de edad del pupilo, o cualquier otro pariente con quien el pupilo haya vivido durante más de seis meses. Aun cuando un pariente sea capaz y esté dispuesto a fungir como tutor, el tribunal puede designar a otra persona. Si ningún miembro de la familia puede servir, también puede designarse un fiduciario privado o tutor profesional. Cada condado tiene además un fiduciario público, requerido por la ley para prestar servicios como tutor de personas que no tienen a nadie más que les sirva como tutor. El fiduciario público será designado por el tribunal en un proceso de tutela. *Ver Apéndice A para más información sobre fiduciarios públicos en su área.*

¿Qué hace un tutor?

Un tutor tiene obligaciones y responsabilidades similares a las que se esperarían de un padre o madre. El tutor tiene que asegurarse que las necesidades básicas del pupilo sean satisfechas y que las decisiones tomen en cuenta los deseos del pupilo. Las leyes de tutela requieren que el tutor de un pupilo busque servicios que sean para el beneficio del pupilo. El tutor debiera considerar la edad y discapacidad del pupilo, así como lo necesario para mantener la seguridad del pupilo. El tutor es responsable de asegurar que el pupilo viva en el ambiente menos restrictivo que sea apropiado.

Una orden judicial designando un tutor debe incluir qué poderes específicos para tomar decisiones se están otorgando al tutor. Diferentes tipos de tutela resultan en diferentes niveles de autoridad para tomar decisiones. Algunos de los diferentes tipos de tutela incluyen:

- **Tutor Ad Litem:** Un tutor designado para un período de tiempo específico o un propósito limitado. Por ejemplo, una persona podría necesitar un tutor para el propósito de presentar un reclamo por lesión personal como resultado de un accidente de automóvil. El tutor podría ayudar a la persona a presentar, litigar y liquidar el reclamo y hacer arreglos para proteger los fondos provenientes del litigio, y la tutela se termina una vez resuelto el asunto.
- **Tutor Temporal:** Un tutor designado de inmediato por un tribunal en circunstancias de emergencia. Se nombrará un abogado que represente a la persona para la cual se está considerando la tutela.
- **Tutela Limitada:** Un tutor designado para tomar decisiones sobre los derechos de una persona en ciertas áreas limitadas, como contratos o elección, actividades sociales, atención médica. En esta situación, el pupilo podría conservar otros derechos. Una persona bajo tutela limitada podrá reservarse el derecho a votar. Es preferible una tutela limitada en vez de tutela plena, a fin de conservar en la persona la mayor autoridad posible para tomar decisiones.
- **Tutela Plena:** Un tutor autorizado para tomar todas las decisiones por el pupilo, incluyendo las decisiones del pupilo en cuanto a arreglos para vivir, educación, actividades sociales, atención médica, derecho a contraer matrimonio y asociación con otras personas.

El tribunal solicitará al tutor que presente un informe anual por escrito ante el tribunal, incluyendo información sobre la salud y condiciones de vida del pupilo.

¿Cuándo debe designarse un tutor?

Si usted está tratando de decidir si una tutela puede ser apropiada para un conocido, considere lo siguiente:

- ¿Es probable que la persona tome decisiones que le pongan en peligro?
- ¿Están siendo negados al individuo servicios de cuidados de salud u otros, porque a los proveedores les preocupa la capacidad de la persona para entender su tratamiento?
- Aun después de obtener consejo o ayuda de parientes, amigos o cuidadores ¿es la persona incapaz de tomar decisiones importantes en cuanto a dónde vivir, cómo obtener un empleo, u otros servicios?

- ¿Han sugerido los proveedores de tratamientos que la persona no tiene capacidad de tomar decisiones?

¿Cómo se designa un tutor?

Debido a que una tutela reduce significativamente la capacidad de una persona para tomar decisiones por sí misma, el proceso de designar un tutor requiere el fallo de un tribunal estableciendo que la evidencia clara y convincente demuestra que es apropiada una relación de tutor. Cualquier persona puede iniciar la designación de un tutor presentando una petición ante el Tribunal Superior del condado en donde vive el pupilo potencial. Después de recibir la petición, el tribunal establecerá una fecha de audiencia para emitir su fallo en cuanto a la tutela. A menos que el pupilo potencial ya esté representado por un abogado, el tribunal nombrará un abogado para que represente a la persona en la audiencia. El tribunal también nombrará un investigador para que entreviste al tutor y pupilo potencial, y que visite el lugar donde vive el pupilo. Además, el tribunal designará un médico, psicólogo o enfermero(a) titulado(a) que examine al pupilo. Estos expertos presentarán informes por escrito al tribunal, y se tendrá una audiencia para determinar si una tutela es apropiada. *Ver el Apéndice B para recursos para Tutela.*

¿Cómo se termina o cambia una tutela?

Una tutela puede cambiarse o terminarse en cualquier momento cuando se demuestre que un cambio sería para el beneficio de la persona protegida. Un pupilo u otra parte interesada también puede pedir al tribunal en cualquier momento un cambio de tutor o la terminación de la tutela.

¿Cuáles son los costos asociados con una tutela?

Si la persona que solicita la tutela la presenta sin un abogado, los desembolsos directos incluyen la cuota de registro en el tribunal (a la fecha de publicación en la portada, \$251 en el Condado de Maricopa; \$186 en el Condado de Pima), y la diligencia de procesamiento/entrega de documentos a la persona que estará bajo tutela (de \$30 a \$100, dependiendo de la ubicación de la persona potencial a protegerse). Los residentes del Condado de Maricopa tendrán que pagar además \$400 de cuota de investigación del tribunal sucesorio. Si el tribunal falla que la persona con una discapacidad no tiene necesidad de un tutor, puede cobrar a la persona que presenta la petición de tutela los honorarios del abogado nombrado por el tribunal para la persona con discapacidad. Si el tribunal falla que la persona sí necesita una tutela, los costos asociados con la tutela como los honorarios del abogado del pupilo u otras personas designadas por el tribunal para evaluar al pupilo, saldrán del dinero del pupilo o de un fondo del tribunal. Los honorarios de abogado para establecer una tutela varían dependiendo de la naturaleza y complejidad de los asuntos. Por ejemplo, si la petición de tutela es impugnada, un juicio podría ocasionar costos considerables para todas las partes. En muchos casos, hay una opción disponible que es menos restrictiva, de menor costo y menos complicada.

¿Qué sucede si la persona que necesita tutela no tiene ciudadanía de EE.UU.?

El Estado de Arizona permite que una persona sea tutor de un ciudadano extranjero si la persona que requiere la tutela es menor de 21 años de edad y tiene una visa temporal o residencia legal permanente en los Estados Unidos.

¿Qué sucede si la persona designada para actuar como Tutor Legal ya no está disponible, no desea o no puede fungir como tutor legal?

Debido a que la tutela legal requiere la intervención del tribunal, solamente el tribunal tendría capacidad para designar un nuevo tutor legal para una persona. Cuando una tutela se establece inicialmente, puede solicitarse un tutor alternativo o de respaldo, pero en última instancia esa decisión incumbe al tribunal.

TUTELA LEGAL EN TERRITORIOS INDIOS



“Me parece que una tutela es la opción legal más apropiada para mi hijo, pero vivo en una reserva india. ¿Qué debo hacer para iniciar una tutela legal que sea efectiva en la reserva?”

Esta sección se enfocará únicamente en tutelas legales. La mayoría de las demás opciones legales descritas en este manual funcionan de la misma forma en los territorios tribales. Si hay opciones menos restrictivas disponibles que sean apropiadas para su situación, vale la pena considerar éstas primero.

¿A dónde me dirijo para obtener una tutela?

Para que un tribunal establezca una orden ejecutable, tiene que tener jurisdicción o autoridad sobre las personas involucradas en el caso y sobre la materia del caso. Típicamente, cuando una persona vive en una reserva, los tribunales tribales tendrán jurisdicción sobre los asuntos que se presenten en el área. Debido a la soberanía de la tribu, estos tribunales tribales tienen jurisdicción sobre asuntos de familia, incluyendo tutelas. Aun cuando un tribunal estatal emita una orden de tutela, podría considerarse no ejecutable, ya que el tribunal estatal podría no tener la jurisdicción apropiada.

NOTA IMPORTANTE:

Es importante respetar la soberanía de las comunidades tribales individuales. Si una persona con discapacidad vive en una reserva, el tribunal estatal no tiene jurisdicción y no puede emitir una orden válida de tutela. Si una tribu no tiene estatutos o código, entonces las familias deben considerar las alternativas descritas en otras partes de este manual, como representante del beneficiario o poder legal.

¿Cómo obtengo una tutela en un tribunal tribal?

Cada tribu en Arizona tiene autoridad soberana sobre sus asuntos internos. La tribu tiene la autoridad de tomar decisiones acerca de cómo se gobierna su comunidad y cómo decide los asuntos que enfrentan los miembros de la tribu. Arizona tiene 21 tribus reconocidas federalmente, y cada una tiene su propio sistema de tribunales y leyes. Cómo obtiene una persona una tutela depende de dónde vive esa persona. Aunque cada tribu puede tener leyes diferentes, hay algunos aspectos comunes del proceso de tutela.

En general, la tribu requerirá que se presente una petición ante el tribunal. La persona que presente la petición tiene que ser un adulto legal – tener por lo menos 18 años de edad. Algunas tribus, como la comunidad Yavapai de Fort McDowell, requieren que la persona que presenta la petición sea un miembro de la tribu. La mayoría de las tribus que tienen un código de tutela incluyen requisitos similares a los descritos en la sección sobre tutela de este manual.

Muchas tribus tienen estándares similares para determinar si una persona necesita un tutor. Típicamente, el criterio es si la persona es o no es capaz de cuidarse a sí misma y sus pertenencias. La comunidad

Yavapai de Fort McDowell también requiere un fallo que la persona no tiene “el pleno uso de sus facultades mentales”. La tribu Apache de White Mountain añade que la persona podría también ser “probablemente engañada por personas ingeniosas e intrigantes si no se designa un tutor”. La Tribu India del Río Colorado especifica que la incapacidad de manejar pertenencias o cuidarse a uno mismo es causada “a razón de dolencias de la edad avanzada, discapacidades de desarrollo u otras incapacidades”. Dado que diferentes tribus han escrito el código de diferentes formas, es importante utilizar el código específico que gobierna a la tribu específica involucrada.

¿Cuáles tribus tienen códigos de tutela?

- Comunidad India Ak Chin de la Reserva India Maricopa
- Tribus Indias del Río Colorado de las Reservas Indias del Río Colorado
- Nación Yavapai de Fort McDowell
- Tribu Havasupai de la Reserva Havasupai
- Tribu Hopi de Arizona
- Tribu Pascua Yaqui de Arizona
- Quechan
- Salt River
- Nación Tohono O’odham de Arizona
- Tribu Apache de White Mountain de la Reserva Fort Apache

Algunas tribus han elegido seguir la ley estatal si no tienen una ley tribal para tratar un asunto específico o si no entra en conflicto con ninguna otra ley tribal.

- Tribu India de Fort Mojave
- Comunidad India de Gila River de la Reserva India de Gila River
- Tribu India Hualapai de la Reserva de la Tribu India Hualapai
- Tribu Yavapai de Prescott de la Reserva Yavapai

Aunque la tribu permite el uso de la ley estatal, el tribunal tribal mantiene su jurisdicción. De tal manera que una persona que solicita una tutela en estas comunidades usa el proceso descrito en la sección de Tutela de este manual, pero presenta los documentos ante el tribunal tribal de la comunidad.

¿Qué recursos se encuentran disponibles?

Si una persona vive en una comunidad tribal y es un miembro de esa comunidad, consulte con la oficina local de servicios legales o el tribunal tribal para ver si tienen una copia de la ley y algún formulario que pueda utilizarse. La persona debiera considerar además las otras opciones descritas en este manual.

FIDEICOMISOS



“A nuestro hijo le encanta asistir a los juegos de los Diamondbacks, y quiero asegurarme que siempre podrá asistir a los juegos en el Suroeste. Si nosotros le damos el dinero para los juegos y viajes directamente a nuestro hijo, se tornará inelegible para sus prestaciones del Seguro Social. ¿Hay algo que podamos hacer para proteger sus prestaciones y aun poder enviarlo a ver su equipo favorito?”

¿Quién necesita un fideicomiso especializado?

Una persona que desea mantener la elegibilidad financiera para programas del gobierno como el Seguro Social, y que además tiene fondos disponibles de otra fuente, podría beneficiarse con un fideicomiso especializado. Ya que la elegibilidad para ciertos programas gubernamentales depende de los ingresos de una persona, un fideicomiso permite apartar cierto dinero para una persona, o sea el beneficiario del fideicomiso, para usarlo para ciertos propósitos. El dinero que se coloca en el fideicomiso puede ser de una herencia o liquidación, o dinero que un amigo o pariente del beneficiario desea apartar a su nombre.

NOTA IMPORTANTE:

A diferencia de las otras opciones legales discutidas, un fideicomiso no es algo que las familias puedan establecer siguiendo las instrucciones en un manual de ayuda propia como éste. El establecimiento de un fideicomiso de necesidades especiales requiere la experiencia de un abogado que se especializa en este aspecto de la ley, porque la creación de un fideicomiso que funcione en las circunstancias específicas de una persona requiere un profesional que entienda las opciones disponibles para el fideicomiso.

¿Qué hace un fideicomiso especializado?

Un fideicomiso especializado incluye parámetros que establecen en qué puede o no gastarse el dinero en fideicomiso. Mediante la inclusión de estas limitaciones, el fideicomiso permite que el beneficiario del fideicomiso reciba desembolsos del fideicomiso para ciertos propósitos, sin poner en peligro la elegibilidad del beneficiario para ciertos programas del gobierno.

¿Cómo se establece un fideicomiso de necesidades especiales?

Hay una amplia variedad de opciones disponibles para personas que desean establecer un fideicomiso que conserva la habilidad del beneficiario de mantener su elegibilidad para ciertos programas. Es importante buscar la experiencia de un abogado especializado. Junto con el Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad, algunos de los recursos listados en el Apéndice C podrían dar referencias de abogados con experiencia en este tipo de fideicomiso especializado.

APÉNDICE A

FIDUCIARIOS PÚBLICOS EN ARIZONA

<p>Condado Apache Patricia Hall 75 W. Cleveland, 2nd Floor St. Johns, AZ 85936 (928) 337-7627</p>	<p>Condado Greenlee Nora Garza 223 Fifth St. Clifton, AZ 85533 (928) 865-2323</p>	<p>Condado Pima Philip H. Grant 32 N. Stone Ave., 4th Floor Tucson, AZ 85701 (520) 740-5454</p>
<p>Condado Cochise Vicki Haviland 4 Ledge Ave. Bisbee, AZ 85603 (520) 432-9660</p>	<p>Condado La Paz Vivian Hartless 1105 West 14th Street Parker, AZ 85344 (928) 669-6163</p>	<p>Condado Pinal Joan Sacramento 500 S. Central Ave. Florence, AZ 85132 (520) 866-7252</p>
<p>Condado Coconino Patricia Powers 2625 N. King St., 2nd Fl. Flagstaff, AZ 86004 (928) 679-7441</p>	<p>Condado Maricopa Gary Strickland 222 N. Central Ave., Ste 4100 Phoenix, AZ 85004 (602) 506-5801</p>	<p>Condado Santa Cruz Rita Luz Ashford 2150 N. Congress Dr. Nogales, AZ 85621 (520) 375-7960</p>
<p>Condado Gila Tiffany Poarch 5515 S. Apache Ave., Ste. 800 Globe, AZ 85501 (928) 425-3149</p>	<p>Condado Mohave Catherine Robbins 700 W. Beale St. Kingman, AZ 86401 (928) 718-4959</p>	<p>Condado Yavapai Shari Tomlinson 500 S. Marina Street Prescott, AZ 86303 (928) 771-3153</p>
<p>Condado Graham Sherrie Lines 820 W. Main St. Safford, AZ 85546 (928) 428-4441</p>	<p>Condado Navajo Sherry Reed 100 E. Code Talkers Dr. Holbrook, AZ 86025 (928) 524-4353</p>	<p>Condado Yuma Candy Wheeler-Ruby 3007 S. Pacific Avenue Yuma, AZ 85365 (928) 373-1145</p>

APÉNDICE B:

RECURSOS PARA FORMULARIOS DE TUTELA DE LOS CONDADOS

Condado	¿Qué formulario se utiliza?	¿Dónde puedo encontrar los formularios?
Apache	Formularios modificados* del Condado Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.superiorcourt.maricopa.gov Secretario del Tribunal del Condado Apache: (928) 337-7550
Cochise	Formularios modificados del Condado Maricopa u otros formularios de condados en Arizona	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.superiorcourt.maricopa.gov Secretario del Tribunal del Condado Cochise: (520) 432-8580
Coconino	Formularios del Condado Coconino	www.coconino.az.gov www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado Coconino: (928) 679-7600
Gila	Formularios modificados* del Condado Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado Gila: (928) 425-3231
Graham	Formularios modificados del Condado Maricopa u otros formularios de condados en Arizona	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado Graham: (928) 428-3100
Greenlee	Formularios del Condado Maricopa u otros formularios de condados en Arizona, modificados a “Greenlee”	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado Greenlee: (928) 865-4242
La Paz	Formularios modificados* del Condado Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado La Paz: (928) 669-6131
Maricopa	Formularios del Condado Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.superiorcourt.maricopa.gov (court forms) Secretario del Tribunal del Condado Maricopa: (602) 506-3730 Asociación de Abogados Condado de Maricopa: (602) 257-4434

Condado	¿Qué formulario se utiliza?	¿Dónde puedo encontrar los formularios?
Mohave	Formularios del Condado Mohave	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.mohavecourts.com Secretario del Tribunal del Condado Mohave: (928) 753-0713
Navajo	Formularios modificados del Condado Pima o Maricopa, sustitución en el Condado a “Navajo”	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado Navajo: (928) 524-4188
Pima	Formularios del Condado Pima	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.cosc.co.pima.az.us Secretario del Tribunal del Condado Pima: (520) 740-3200 Asociación de Abogados Condado de Pima: 177 N. Church Ave., Tucson (520) 623-8258
Pinal	Formularios del Condado Pinal	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.pinalcountyaz.gov/Departments/JudicialBranch Secretario del Tribunal del Condado Pinal: (520) 866-5300
Santa Cruz	Formularios modificados de los Condados Maricopa o Pima	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado Santa Cruz: (520) 375-7700
Yavapai	Formularios del Condado Yavapai	www.co.yavapai.az.us/clerkstupct.aspx Secretario del Tribunal del Condado Yavapai: (928) 777-3062
Yuma	Formularios modificados* del Condado Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx Secretario del Tribunal del Condado Yuma: (928) 817-4083

Los formularios también pueden obtenerse en la oficina del Secretario del Tribunal Superior de su área, y pueden estar disponibles sin costo en la Oficina de Asistencia Jurídica de su área (CLS, SALA, o de DNA People’s Legal Services). Ver la Lista de Recursos para información de contacto.

****Modificado: Si el formulario en línea permite, sustituya “Maricopa” o “Pima” con su condado y modifique la información de manera apropiada. Si no puede modificar el formulario en línea, imprima el formulario, tache el condado, y escriba el nombre del condado apropiado en el documento.***

APÉNDICE C

Recursos Adicionales

Las fuentes siguientes podrían ser útiles en relación con las varias opciones cubiertas en este manual. Tal vez desea explorar estos recursos para obtener información adicional relacionada con sus necesidades específicas. Esta información está actualizada a la fecha de publicación de este manual. Las agencias se listan para propósitos de información y referencia, y no tienen el endoso específico de los editores de este manual.

Recursos	Sitio Web / Información de Contacto
Above and Beyond Representative Payee Service (Servicios de Representante de Beneficiario “Por Encima y Más Allá”) (Tucson)	Teléfono: (520) 903-1733
Area Agency on Aging (Region 1) (Phoenix)* (Agencia de Área para Envejecimiento) Servicios de información y referencia sobre tutela—llame a la LÍNEA DE AYUDA para Personas Mayores (602) 264-HELP (4357). Visite el sitio web para otros servicios disponibles o información adicional. <i>*Las Agencias de Área para Envejecimiento también tienen oficinas en todo el Estado. Visite el enlace “Disability Resources” (Recursos para Discapacidad) en www.azdes.gov para más información sobre su oficina de área.</i>	www.aaaphx.org Teléfono: (602) 264-2255 Llamada gratis: (888) 783-7500
ARC of Arizona (ARC de Arizona) Visite el sitio web para información. El sitio web proporciona la dirección electrónica. Ya no ofrece servicios de tutela.	www.arcarizona.org Teléfono: (877) 574-3033 (Sistema de mensajes de voz)
Arizona Advance Directive Registry (Registro de Directrices Anticipadas de Arizona) Este sitio web, suministrado por el Secretario de Estado de Arizona, está diseñado para información, registro y almacenaje seguro de las directrices anticipadas de una persona, por ejemplo, testamento vital, poder para cuidados de salud o poder para cuidados de salud mental.	www.azsos.gov/adv_dir/ Teléfono: (602) 542-6187 Llamada gratis: (800) 458-5842

Recursos	Sitio Web / Información de Contacto
<p>Arizona Attorney General’s Office (Oficina del Procurador General de Arizona)</p> <p>Este sitio web ofrece información valiosa sobre la planificación de la vida—explicaciones, videos, preguntas frecuentes y documentos que pueden verse, descargarse o solicitarse. Los formularios son idénticos a los ofrecidos como muestras en este manual.</p>	<p>www.azag.gov Teléfono: (602) 542-2123 Llamada gratis: (800) 352-8431</p>
<p>Arizona Bridge to Independent Living (ABIL) (Puente hacia la Vida Independiente de Arizona) (área de Phoenix)</p> <p>El centro se enfoca en programas que capacitan a las personas con discapacidades para lograr habilidades de vida independiente. Visite el sitio web para todos los servicios ofrecidos.</p>	<p>www.abil.org Teléfono: (602) 256-2245 Teléfono de texto: (602) 296-0591 Llamada gratis: (800) 280-2245</p>
<p>Arizona Center for Disability Law (Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad)</p> <p>Bufete de abogados no lucrativo de interés público y agencia de protección y abogacía que protege los derechos de personas con discapacidades. No proporciona servicios en cuanto a las opciones mencionadas en este manual—solamente información y referencias. Visite el sitio web para otros servicios disponibles.</p>	<p>www.azdisabilitylaw.org Teléfono: (602) 274-6287 (Voz/Teléfono de texto) Llamada gratis: (800) 927-2260</p>
<p>Arizona Commission for the Deaf and Hard of Hearing (Comisión para Personas Sordas y con Problemas Auditivos de Arizona)</p> <p>Centro a nivel estatal que ofrece servicios e información de referencia para personas con pérdida auditiva.</p>	<p>www.acdhh.org Teléfono: (602) 542-3323 Teléfono de texto: (602)-364-099 Llamada gratis Voz/ Teléfono de texto: (800) 352-8161</p>
<p>Arizona Developmental Disabilities Planning Council (Consejo de Planificación sobre Discapacidades de Desarrollo de Arizona)</p>	<p>www.azgovernor.gov/ddpc Teléfono: (602) 542-8970 Llamada gratis: (877) 665-3176</p>
<p>Arizona Department of of Economic Security, Division of Developmental Disabilities (Departamento de Seguridad Económica de Arizona, División de Discapacidades de Desarrollo)</p>	<p>www.azdes.gov/developmental_disabilities/ Teléfono: (602) 542-0419 Llamada gratis: (866) 299-5553</p>
<p>Arizona Department of Veterans’ Services (Departamento de Servicios a Veteranos de Arizona)</p> <p>Para información con respecto a servicios fiduciarios (curatela y tutela).</p>	<p>www.azdvs.gov Teléfono: (602) 255-3373</p>

Recursos	Sitio Web / Información de Contacto
<p>Arizona Governor’s Council on Spinal and Head Injuries (Consejo de la Gobernadora para Lesiones de la Médula Espinal y la Cabeza)</p> <p>Recurso para información, servicios y respaldo para personas con lesiones traumáticas del cerebro o la médula espinal, y los que les dan apoyo.</p>	<p>www.azheadspine.org Teléfono: (602) 542-3947</p>
<p>Arizona Judicial Courts (Tribunales Judiciales de Arizona)</p> <p>Proveen formularios de autoservicio relacionados con tutela o curatela para usarse en algunos condados de Arizona listados en este sitio web.</p>	<p>www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</p>
<p>Arizona Secretary of State (Secretario de Estado de Arizona)</p> <p>Proporciona almacenaje seguro para directrices anticipadas; enlace para los Documentos de Planificación de Vida del Procurador General.</p>	<p>www.azsos.gov Teléfono: (602) 542-4285</p>
<p>Arizona Senior Citizens Law Project (Proyecto de Ley de Ciudadanos de la Tercera Edad de Arizona)</p> <p>Atiende al Condado de Maricopa. Para personas mayores de 60 años de edad. Proporciona servicios de tutela.</p>	<p>Teléfono: (602) 252-6710</p>
<p>Arizona State Bar (“State Bar of Arizona”) (Colegio de Abogados de Arizona)</p> <p>Provee información para encontrar un abogado—sin referencias directas.</p>	<p>www.azbar.org Teléfono: (602) 252-4804 Llamada sin cargo desde fuera del Condado de Maricopa: (866) 482-9227</p>
<p>AZ Law Help (Ayuda Legal AZ)</p> <p>Sitio web que proporciona una amplia variedad de información y enlaces, incluyendo recursos para encontrar ayuda legal.</p>	<p>www.AZLawHelp.org</p>
<p>Community Legal Services, Inc. (Central Phoenix area) (Servicios Legales Comunitarios) (área central de Phoenix)</p> <p>Puede proporcionar algunos servicios de tutela; hay que calificar para los servicios. CLS tiene múltiples oficinas en el área de Phoenix y los condados occidentales de Arizona, incluyendo Mojave, Yavapai y Yuma. Visite el sitio web para listados y contáctelos para información sobre tutela.</p>	<p>www.clsaz.org Teléfono: (602) 258-3434 Llamada gratis: (800) 852-9075 Teléfono de texto: (602) 254-9852</p>

Recursos	Sitio Web / Información de Contacto
<p>DNA People’s Legal Services (DNA Servicios Legales del Pueblo)</p> <p>Puede proveer algunos servicios de tutela; 10 ubicaciones atendiendo comunidades fuera de la reserva y en territorios tribales en el Noreste de Arizona. Bajos ingresos—es necesario calificar para los servicios. Visite el sitio web para información y ubicación de oficinas.</p>	<p>www.dnalegalservices.org Teléfono: (928) 871-4151</p>
<p>Guardianship or Conservatorship forms, instructions (Formularios e instrucciones para Tutela o Curatela)</p> <p>Puede encontrar formularios del Tribunal del Condado y alguna información en el sitio web de la Secretaría del Tribunal de su Condado, o en el sitio web del Poder Judicial de Arizona. No todos los condados tienen actualmente su propio formulario, pero usted puede modificar el formulario de otro condado según sea necesario. También puede obtener los formularios en la oficina de su Secretaría local.</p> <p>Aunque no se requiere que un abogado solicite la tutela, siempre es buena idea consultar con un profesional para asegurarse que esté presentando la papelería apropiada para sus necesidades.</p>	<p>www.azcourts.gov/ selfservicecenter/ SelfServiceForms.aspx</p>
<p>Lawyer Referral Service (Maricopa County Bar Association) (Servicio de Referencia de Abogados) (Colegio de Abogados del Condado de Maricopa)</p> <p>Consulta de 30 minutos por \$40; visite el sitio web para información sobre este servicio.</p>	<p>www.maricopabar.org Teléfono: (602) 257-4434</p>
<p>Lawyer Referral Service (Pima County Bar Association) (Servicio de Referencia de Abogados) (Colegio de Abogados del Condado de Pima)</p> <p>Consulta de 30 minutos por \$35; programa QUILT para personas de bajos ingresos pero que no califican para ayuda legal; visite el sitio web o llame para información sobre estos servicios. Formularios para tutela disponibles.</p>	<p>www.pimacountybar.org Teléfono: (520) 623-4625</p>
<p>Maricopa County Superior Court, Clerk’s Office (Tribunal Superior del Condado de Maricopa, Secretaría)</p> <p>Provee información general sobre el tribunal, algunos formularios de autoservicio e información sobre cuotas de presentación. El sitio web proporciona números de teléfono para departamentos específicos; llame al (602) 506-3730 para cuotas de presentación o formularios.</p>	<p>www.clerkofcourt.maricopa.gov/ Teléfono: (602) 506-3763</p>

Recursos	Sitio Web / Información de Contacto
<p>NAELA (National Academy of Elder Law Attorneys) (Asociación Nacional de Abogados para la Ley de Ancianos) Información sobre fideicomisos de necesidades especiales y búsqueda de abogado con experiencia en preparación de fideicomisos especiales.</p>	<p>www.naela.org Teléfono: (703) 942-5711</p>
<p>Native American Disability Law Center (Centro Nativo Americano para la Ley de Discapacidad) Agencia que atiende y protege los derechos legales de Nativos Americanos con discapacidades en el área de las cuatro esquinas de Arizona, Colorado, Nuevo México y Utah. Visite el sitio web para servicios disponibles.</p>	<p>www.nativedisabilitylaw.org Teléfono: (800) 862-7271</p>
<p>Northern Arizona Council of Governments (NACOG) — Elder Rights Unit, Area Agency on Aging (Consejo de Gobiernos del Norte de Arizona – Unidad de Derechos de Ancianos, Agencia de Área para Ancianidad) Con servicio para los Condados Apache, Coconino, Navajo y Yavapai, puede proveer alguna información sobre tutelas o referencias de abogados a quienes que tengan 60 años de edad o más.</p>	<p>www.nacog.org Teléfono: (928) 774-1895</p>
<p>Pima Council on Aging (PCOA) (Pima County) (Consejo sobre Ancianidad del Condado de Pima) (Condado de Pima) No hay asistencia directa en cuanto a las opciones en este libro, pero puede proveer referencias a abogados. Tiene que tener 60 años de edad o más.</p>	<p>www.pcoa.org Línea de ayuda PCOA: (520) 790-7262</p>
<p>Pima County Superior Court, Clerk’s Office (Secretaría del Tribunal Superior del Condado de Pima) Proporciona información general sobre el tribunal, algunos formularios de autoservicio incluyendo tutela y curatela, e información sobre cuotas de presentación.</p>	<p>www.cosc.pima.gov Teléfono: (520) 740-3200</p>
<p>Social Security Administration (Administración de la Seguridad Social) Visite este sitio web para información sobre asuntos de representante de beneficiario.</p>	<p>www.ssa.gov Llamada gratis: (800) 772-1213 Teléfono de texto: (800) 325-0778</p>

Recursos	Sitio Web / Información de Contacto
<p>Southern Arizona Legal Aid (SALA) (Asistencia Legal del Sur de Arizona)</p> <p>Puede proporcionar alguna ayuda con la tutela; hay que calificar para los servicios. SALA tiene oficinas que atienden los Condados Apache, Gila y Navajo, los Condados Cochise, Graham/Greenlee, el Condado de Pima, Condado de Pinal y Condado de Santa Cruz. Visite el sitio web para dirección y teléfonos de oficinas específicas, y disponibilidad de servicio.</p>	<p>www.sazlegalaid.org Teléfono: (520) 623-9465 Llamada gratis: (800) 640-9465</p>
<p>Special Needs Alliance (SNA) (Alianza para Necesidades Especiales)</p> <p>El sitio web provee información sobre fideicomisos de necesidades especiales, tutela, curatela y otros asuntos relacionados. Recurso para localizar abogado con experiencia en derechos públicos adquiridos y planificación de necesidades especiales.</p>	<p>www.specialneedsalliance.com/home Teléfono: (877) 572-8472</p>
<p>Special Needs Answers (Respuestas a Necesidades Especiales)</p> <p>Sitio web proporcionado por la Academia de Planificadores de Necesidades Especiales; información sobre fideicomisos de necesidades especiales y asuntos relacionados; búsqueda de un abogado.</p>	<p>www.specialneedsanswers.com</p>



1740 West Adams Street, Phoenix, Arizona 85007
877-665-3176 (Llamada Gratis) | 602-542-8977 (Oficina)
www.azgovernor.gov/DDPC