



# Manual de Opciones Legales

*Una guía para asesorar a las personas, familias y cuidadores sobre las diferentes opciones legales para los adultos con discapacidad que necesitan asistencia, con el objetivo de preservar tantos derechos como sea posible*



*Fecha de Publicación: Diciembre de 2016 - No para venta individual*

**No está diseñado como un sustituto de asesoría legal. Las leyes federales y estatales pueden cambiar en cualquier momento. Asegúrese de revisar la ley actual para verificar si hay algún cambio.**



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

Copyright © 2012 Consejo de Planificación sobre Discapacidades de Desarrollo  
Reservados todos los derechos.

# Índice

Introducción . . . . .	1
Representante de Beneficiario . . . . .	2
Representante Autorizado en el Programa de Rehabilitación Vocacional . . . . .	5
Formulario: Declaración de Representante Designado para Rehabilitación Vocacional . . . . .	7
Representante Designado en Cuidados de Salud Mental . . . . .	11
Formulario: Declaración de Representante Designado de Salud Mental . . . . .	13
Transferencia de Derechos de los Padres en Educación Especial . . . . .	17
Formulario: Delegación de Derecho a Tomar Decisiones sobre Educación . . . . .	19
Directrices Avanzadas para Cuidados de Salud y Salud Mental, y Testamentos Vitales . . . . .	23
Formulario: Poder Legal Duradero para Cuidados de Salud . . . . .	26
Formulario: Poder Legal Duradero para Cuidados de Salud Mental . . . . .	37
Formulario: Testamento Vital . . . . .	45
Poder Legal Duradero . . . . .	51
Curatela . . . . .	53
Tutela Legal . . . . .	57
Tutela Legal en Territorios Indios . . . . .	64
Fideicomisos . . . . .	67
Cuentas de ABLE . . . . .	69
Apéndice A: Lista de Fiduciarios Públicos . . . . .	70
Apéndice B: Recursos para la Forma de Tutela de los Condados . . . . .	71
Apéndice C: Tutela Legal y Recursos Adicionales . . . . .	73





**E**ste 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.

Leigh Bernstein, Esq. proporcionó servicios jurídicos pro bono para ayudar en la actualización de la versión 2016 del Manual de Opciones Legales. Apreciamos muchísimo su contribución.

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. **No está diseñado como un sustituto de asesoría legal. Las leyes federales y estatales pueden cambiar en cualquier momento. Asegúrese de revisar la ley actual para verificar si hay algún cambio.**



*“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?”*



*“No estoy de acuerdo con la agencia de rehabilitación vocacional estatal sobre mi meta de empleo. Quiero apelar contra la decisión, pero no creo que puedo defenderme sola durante una apelación. Alguien puede ayudarme en este proceso?”*



*“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?”*



*“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?”*

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 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?”*

### ¿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 servir como representante de beneficiario. 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](http://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 AUTORIZADO EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL



*“No estoy de acuerdo con la agencia de rehabilitación vocacional estatal sobre mi meta de empleo. Quiero apelar contra la decisión, pero no creo que puedo defenderme sola durante una apelación. Alguien puede ayudarme en este proceso?”*

## ¿Quién necesita un representante autorizado 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 autorizado para ayudarlo durante el proceso. El representante no tiene la autoridad para ir en contra de la autoridad decisoria del cliente o solicitante, sólo para actuar en su nombre. Una persona o cliente que cree que no puede navegar el programa de VR por su cuenta para obtener los servicios necesarios puede disponer de un representante autorizado. Sin embargo, los clientes o solicitantes que pueden tomar sus propias decisiones, pero necesitan ayuda durante las reuniones, como por ejemplo para defenderse, hacer preguntas y tomar notas, pueden invitar a un familiar o amigo de confianza para que les apoyen en el sistema VR. Esto no requiere delegar a un representante.

## ¿Quién puede ser nombrado como representante autorizado?

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

## ¿Qué hace un representante autorizado?

El trabajo de un representante autorizado es asistir al usuario en la protección de sus derechos y expresión de sus necesidades de servicios. El representante autorizado 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 autorizado en toda reunión en donde el usuario o tutor desea la participación del representante autorizado. El representante autorizado tiene que actuar en nombre del usuario o tutor en dichas reuniones, expresando preocupaciones de servicio u otros asuntos. Si un cliente y su representante aprobado tienen un desacuerdo sobre una decisión o curso de acción, el personal de la Administración de Servicios de Rehabilitación de Arizona seguirá la dirección o deseos del cliente.

## ¿Cómo es nombrado un representante autorizado?

Los clientes, los solicitantes o sus tutores deben informar por escrito que les gustaría designar a un representante y deben entregar un formulario o una carta al consejero VR. Los clientes y los solicitantes pueden designar a un representante en cualquier momento. Clientes que no nombran a un representante al principio pueden hacerlo más adelante si necesitan ayuda para una apelación.

*Al final de esta sección hay una muestra de un formulario para designar un representante VR.*

## ¿Cómo se termina o cambia un representante autorizado?

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

## ¿Qué sucede si el representante autorizado de Rehabilitación Vocacional no está disponible, no puede o no desea prestar servicios como representante de beneficiario?

Una persona que elige un representante autorizado de 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.

\*\* Esta forma en español es para preverle una copia en la que usted pueda entender el material. Si usted elije usar esta forma, por favor de asegurarse de que someta el formulario que corresponda ingles.

## DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA REHABILITACIÓN VOCACIONAL

Yo entiendo que puedo delegar un representante que me ayude a proteger mis derechos y a expresar mis necesidades de servicio. Entiendo, además, lo siguiente:

1. El personal de AZRSA no aceptará órdenes de un representante autorizado que sustituya a una orden o aprobación que ya se dio, sin el consentimiento directo del cliente.
2. Si un cliente y su representante autorizado tienen un desacuerdo sobre una decisión o curso de acción, el personal AZRSA seguirá la instrucción o los deseos del cliente.
3. Toda documentación escrita y notificaciones que se proporcionen a los clientes se presentarán también a su representante autorizado.

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 autorizado

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

Vigente con mi firma este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma



# DECLARATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE FOR VOCATIONAL REHABILITATION

I understand that I may delegate an authorized representative to help me protect my rights and assist me in voicing my service needs. I further understand the following:

1. AZRSA staff will not accept direction from an authorized representative that supersedes the direction or approval already given without a client's direct consent.
2. If a client and their approved representative have a disagreement on a decision or course of action, AZRSA staff will follow the direction or desires of the client.
3. All written documentation and notifications which are provided to clients will also be provided to their authorized representative.

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 authorized representative is:

\_\_\_\_\_  
Authorized Representative's Name

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City

\_\_\_\_\_  
State

\_\_\_\_\_  
ZIP Code

\_\_\_\_\_  
Telephone Number

Invoked by my signature this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
Client Signature





# REPRESENTANTE DESIGNADO EN CUIDADOS DE SALUD MENTAL



*“Mi amiga está recibiendo servicios de salud mental a través del estado, y ha dicho que no siente que puede tomar decisiones razonables acerca de su tratamiento y 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 un miembro de RHBA, tiene derecho a un representante designado de salud mental para ayudar a representar los intereses del miembro de RHBA. Cualquier miembro de RBHA que quiera representantes para tomar decisiones sobre tratamiento de salud mental y planificación puede nombrar a un representante de salud mental en cualquier momento.”

## ¿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 para el cuidado de la salud mental es nombrado por un miembro de RBHA para ayudar a proteger los derechos de los miembros y expresar sus necesidades de servicio. La RBHA debe dar al representante designado un aviso por escrito sobre la fecha, hora y lugar de las reuniones sobre el tratamiento hospitalario, planificación del alta y la planificación de otros servicios. El representante designado puede ir a las reuniones de planificación de servicios y del alta, ayudar a llenar los formularios de reclamaciones y apelación y asistir a reuniones, seminarios informales y audiencias administrativas relacionadas con el proceso de apelación.

## ¿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 o no desea desarrollar sus funciones, el individuo puede designar a una nueva persona.

\*\* Esta forma en español es para preverle una copia en la que usted pueda entender el material. Si usted elije usar esta forma, por favor de asegurarse de que someta el formulario que corresponda ingles.

# DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE DESIGNADO DE SALUD MENTAL

I, \_\_\_\_\_, 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 Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

Vigente con mi firma este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma



# 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



# TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE LOS PADRES EN EDUCACIÓN ESPECIAL



*“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 aun desea que yo haga decisiones sobre sus servicios de educación especial y el proceso IEP. ¿Qué puedo hacer?”*

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

Cuando los estudiantes cumplen 18 años de edad, el derecho a decidir sobre sus servicios de educación especial se transfiere a ellos porque son adultos ante la ley. La excepción a esta regla es cuando los estudiantes cumplen 18 años de edad y un tribunal ha determinado que necesita a un tutor porque no tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones. Cuando no hay ninguna tutela, los estudiantes de secundaria entre las edades de 18 y 22 que reciben servicios de educación especial, pero que quieren que sus padres tomen las decisiones educativas, pueden beneficiarse de tener un representante. El estudiante debe ser capaz de dar su consentimiento informado para la participación del representante. Este formulario no es necesario cuando el estudiante está bajo una tutela.

### 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 y quiere una persona designada para que le ayude a tomar decisiones educativas puede nombrar a cualquier persona. El individuo designado podrá asumir los derechos otorgados a los padres, tutores y estudiantes bajo la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades. Si un estudiante está bajo una tutela, esos derechos permanecen con el guardián incluso después de que 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.

Si un estudiante quiere que sus padres u otro adulto de confianza asista a las reuniones de IEP, tome notas y proporcione apoyo para ayudar al estudiante a tomar sus propias decisiones, él o ella podrá invitar a los padres a la reunión del IEP. Invitar a los padres a apoyar a los estudiantes en su toma de decisiones no requiere de una transferencia de los derechos de educación.

## ¿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 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 ejecución. 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. Si, en cualquier momento, los estudiantes desean tomar sus propias decisiones sobre educación con apoyo de un padre o amigo de confianza, el estudiante puede marcar “revocar” en el formulario y entregarlo al distrito escolar y hacer saber a la escuela que él o ella está invitando a los padres a las reuniones de IEP. 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?

Si la persona seleccionada para tomar decisiones educativas no está disponible, no puede o no desea prestar servicios, el estudiante puede designar a una nueva persona.



\*\* Esta forma en español es para preverle una copia en la que usted pueda entender el material. Si usted elije usar esta forma, por favor de asegurarse de que someta el formulario que corresponda ingles.

## 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 ejecución de este documento, yo delego mi derecho de dar consentimiento y tomar decisiones acerca de asuntos de educación a \_\_\_\_\_, quien será considerado como mi "padre" 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. Entiendo que debo notificar a la escuela inmediatamente si revoco esta delegación de derechos antes de su vencimiento anual.

\_\_\_\_\_ (OPCIONAL) - He recibido este forma y he elegido NO delegar mis derechos.

\_\_\_\_\_ (REQUERIDO) - He recibido este forma y HAN ELEGIDO delegar mis derechos a la persona a continuación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del "padre/madre" y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del "padre/madre" y fecha

Firmado y jurado o afirmado, ante mí en el Condado de \_\_\_\_\_ en el Estado de Arizona el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_

Firmado y jurado o afirmado, ante mí en el Condado de \_\_\_\_\_ en el Estado de Arizona el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del notario  
Mi Comisión se vence:

\_\_\_\_\_  
Firma del notario  
Mi Comisión se vence:

\_\_\_\_\_ (REQUERIDO SI APLICABLE) - Yo deseo TERMINAR la delegación de derechos en este momento y asumir el derecho a tomar mis propias decisiones con respecto a mi educación.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante y fecha

*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 THE RIGHT TO MAKE EDUCATIONAL DECISIONS**

I, \_\_\_\_\_, am eighteen (18) years of age or older 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 hereby 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. I understand that I must notify the school immediately if I revoke this Delegation of Rights prior to its annual expiration.

\_\_\_\_\_ **(OPTIONAL) - I have received this form and have chosen NOT to delegate my rights.**

\_\_\_\_\_ **(REQUIRED) – I have received this form and have CHOSEN to delegate my rights to the individual listed below.**

\_\_\_\_\_  
Student Name

\_\_\_\_\_  
“Parent” Representative Name

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
“Parent” Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

Subscribed and sworn to before me in the county of \_\_\_\_\_ in the State of Arizona on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, by \_\_\_\_\_.

Subscribed and sworn to before me in the county of \_\_\_\_\_ in the State of Arizona on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_, by \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

\_\_\_\_\_  
Notary Public

My Commission Expires:

My Commission Expires:

\_\_\_\_\_ **(REQUIRED, WHEN APPLICABLE) – I wish to TERMINATE the delegation of rights at this time and assume the right to make my own decisions regarding my education.**

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
Date

*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 prepara la directriz o testamento vital.

## ¿Qué hace 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.

## ¿Qué hace una directriz anticipada de cuidados de salud?

### **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 de que la persona no pueda tomar decisiones ni comunicarlas por sí misma. El representante que toma las decisiones es conocido como el “agente” o “representante.” La persona que elige un agente es el “poderdante”. Una vez designado, el agente tomará y comunicará las decisiones sobre el cuidado de salud o necesidades básicas del poderdante solamente en caso que la persona que otorga el documento se encuentre incompetente. El documento puede proveer instrucciones específicas para el agente 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 del poderdante, en caso que la persona que otorga el documento se encuentre incompetente. El poderdante puede revocar este documento en su totalidad y cambiar agentes o añadir a otros agentes en cualquier momento dado. *Al final de esta sección se presenta un formulario de muestra del sitio web de la Oficina del Procurador General.*

## ¿Qué hace una directriz anticipada de cuidados de salud mental?

### **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 presentan formularios de muestra de la Oficina del Procurador General.*

## ¿Qué hace un testamento vital?

**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 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 puede o no desea prestar servicios como apoderado?

Cuando una persona crea un poder, él o ella podrá designar un agente para tomar y comunicar decisiones de atención médica, y un segundo individuo en caso de que el primero es no esté presente, no desee, o no pueda hacerlo.

Si la persona que creó el poder incluye a un agente suplente, entonces éste podrá asumir. Si no hay ningún agente dispuesto o capaz de actuar, el poderdante puede designar a otros agentes en cualquier momento.

Del mismo modo, la persona que designa un poder duradero para el cuidado de salud/poder duradero para el cuidado de salud mental puede elegir un nuevo poderhabiente o quitar un poderhabiente existente en cualquier momento. Si un poderhabiente no estuviera, no pudiera, o no quisiera tomar decisiones, la persona que designó el poder puede designar uno nuevo.

Los formularios para poderes que se incluyen en este manual tienen un espacio para indicar un “representante alternativo” que podrá intervenir como el responsable cuando el poderhabiente no esté disponible, dispuesto o no pueda tomar decisiones.

## **¿Cómo se preparan las directrices anticipadas y testamentos vitales?**

Un abogado que maneja el derecho sucesoral puede preparar directrices anticipadas y testamentos vitales. Las personas pueden preparar sus propias directrices mediante el uso de formularios de directrices anticipadas disponibles al final de esta sección.

Se puede obtener formularios adicionales de la página web de la oficina del Procurador General, [www.azag.gov](http://www.azag.gov) (haga clic en el enlace “Life Care Planning”), o llamando al (602) 542-2123. Los poderes notariales/directrices anticipadas no pueden crearse en nombre de otro adulto. Sólo la persona que quiere designar un agente para tomar decisiones en su nombre en el futuro puede ejecutar un poder notarial.

Una vez que haya cumplimentado el formulario y firmado ante notario, el poder notarial será un documento real. Mantenga el documento en un lugar seguro con los documentos legales importantes y considere registrarlo en el Arizona Advance Directive Registry (Registro de Directrices Anticipadas de Arizona) a través de la Secretaria de Estado (ver Apéndice C).

## **¿Cómo se termina o cambia una directriz anticipada?**

Una directriz anticipada puede cambiarse o terminarse en cualquier momento, incluso cuando el poderdante parece haber quedado incapaz de tomar decisiones razonables. Una directriz anticipada de salud mental puede cambiarse o terminarse en cualquier momento, excepto en épocas en que un tribunal ha encontrado que la persona se encuentra incapaz. Incapaz está definido por la ley y el tribunal debe utilizar esta definición.

**ESTADO DE ARIZONA**  
**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS**  
**Instrucciones y Formulario**

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Utilice este formulario de Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas si quiere seleccionar una persona para que tome decisiones de atención médica por usted, de manera que si usted se enferma de gravedad o no puede tomar esas decisiones por sí mismo, la persona que escoja y en quien confía puede tomar decisiones médicas por usted. Hable sobre sus elecciones con los miembros de su familia, amigos y otros en quien confía. También conviene hablar con profesionales como su médico, clérigo y un abogado antes de firmar este formulario.

Esté seguro de que comprende la importancia de este documento. Si decide que éste es el formulario que quiere usar, llene la información. **No firme este formulario** hasta que su testigo o un Notario Público esté presente para verlo firmar. Hay más instrucciones para usted sobre la firma de este formulario en la página tres.

**1. Información sobre mí:** (Se me denomina el "Principal")

Mi Nombre: \_\_\_\_\_ Mi Edad: \_\_\_\_\_  
Mi Dirección: \_\_\_\_\_ Mi Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mi Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Selección de mi representante de atención médica y uno alterno:** (También llamados un "agente" o "sustituto")

Escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Escojo a la siguiente persona que actúe como representante alterno para tomar decisiones de atención médica por mí si mi primer representante no está disponible, no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**3. Lo que AUTORIZO si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo:**

Autorizo a mi representante de atención médica que tome decisiones de atención médica por mí cuando no pueda tomar o comunicar mis decisiones de atención médica debido a enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Quiero que mi representante tome todas esas decisiones por mí excepto aquellas decisiones que he declarado expresamente en la Parte 4 a continuación que no autorizo que él/ella tome. Si me pudiera comunicar de cualquier manera, mi representante debería hablar conmigo sobre mis opciones de atención médica. Mi representante debe explicarme cualquier elección que él/ella tomó si estoy en capacidad de comprender. Este nombramiento queda vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por orden de un tribunal.

Los tipos de decisiones de atención médica que autorizo sean tomadas a nombre mío incluyen, pero no están limitadas a, lo siguiente:

- Aprobar o rehusar atención médica, incluyendo procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos o terapéuticos;
- Autorizar a los médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores de atención médica de su elección a proporcionarme cuidados, y comprometer mis recursos o mi patrimonio a pagar compensación razonable por estos servicios;



## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

- Aprobar o denegar mi ingreso a instituciones de atención médica, asilos de ancianos, centros de residencia asistida u otras instalaciones o programas. Al firmar este formulario, comprendo que permito a mi representante tomar decisiones sobre mi atención médica de salud mental, excepto que en general él o ella no pueden ingresarme a un ambiente de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas del día y a un programa de tratamiento intensivo - llamado un centro de salud del comportamiento "nivel uno" – utilizando únicamente este formulario;
- Tener acceso a y control de mi historial médico y tener la autoridad de entenderse sobre ese historial con proveedores de atención médica.

### 4. DECISIONES QUE EXPRESAMENTE NO AUTORIZO que mi Representante tome por mí:

No quiero que mi representante tome las siguientes decisiones de atención médica por mí (describala o escriba "no es pertinente"):

---

---

---

---

---

### 5. Mis deseos precisos sobre la autopsia:

NOTA: Según las leyes de Arizona, no se requiere una autopsia a menos que el médico forense del condado, el fiscal del condado o un juez del tribunal superior ordene que se lleve a cabo. Vea el documento de Información General para más información sobre este tema. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación en una de las siguientes opciones.

- \_\_\_\_\_ Al morir NO apruebo (no quiero) una autopsia.
- \_\_\_\_\_ Al morir SÍ apruebo (quiero) una autopsia.
- \_\_\_\_\_ Mi representante puede otorgar o rehusar aprobación para la autopsia.

### 6. Mis deseos precisos sobre donación de órganos: ("obsequio anatómico")

NOTA: Bajo las leyes de Arizona, puede donar todo o parte de su cuerpo. Si no escoge, su representante o familia pueden tomar la decisión cuando muera. Usted puede indicar cuáles órganos o tejidos quiere donar y dónde quiere que sean donados. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de A ó B a continuación. Si selecciona B, continúe con sus opciones.

\_\_\_\_\_ A. Yo NO QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos y no quiero que este donativo sea autorizado en mi nombre por mi representante o mi familia.

\_\_\_\_\_ B. Yo SÍ QUIERO hacer una donación de órganos o tejidos al morir. He aquí mis instrucciones:

#### 1. Cuáles órganos/tejidos elijo donar: (Seleccione "a" ó "b" a continuación)

- \_\_\_\_\_ a. Cualquier órgano o parte necesitada.
- \_\_\_\_\_ b. Estas partes u órganos:
  - 1.) \_\_\_\_\_
  - 2.) \_\_\_\_\_
  - 3.) \_\_\_\_\_

#### 2. Para qué propósitos dono órganos/tejidos: (Seleccione a, b ó c a continuación)

- \_\_\_\_\_ a. Cualquier propósito legalmente autorizado (transplante, terapia, evaluación e investigación médica y dental, y/o el avance de ciencias médicas y dentales).
- \_\_\_\_\_ b. Únicamente para propósitos de transplante o terapéuticos.
- \_\_\_\_\_ c. Otro: \_\_\_\_\_

## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

### 3. A qué organización o persona quiero que vayan mis partes u órganos:

- a. Ya he firmado un acuerdo por escrito o una tarjeta de donante con relación a donación de órganos y tejidos con la persona o institución que sigue: (Nombre) \_\_\_\_\_
- b. Quisiera que mis tejidos u órganos fuesen a la persona o institución que sigue: (Nombre) \_\_\_\_\_
- c. Autorizo a mi representante para tomar esta decisión.

### 7. Disposición de funeral y entierro

Mi agente tiene la autoridad para llevar a cabo todos los asuntos que relacionan a mi funeral y deseos de disposición de entierro de acuerdo con este poder, que es efectivo sobre mi muerte. Mis deseos son reflejados abajo:

#### Inicial o ponga una marca por esas elecciones que usted desea escoger.

- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser enterrado. (Opuso ser incinerado)
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser enterrado en \_\_\_\_\_ . (Opción Directiva)
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser incinerado.
- Sobre mi muerte, yo dirijo mi cuerpo para ser incinerado con mis cenizas ser \_\_\_\_\_ . (Opción Directiva)
- Mi agente hará todas las decisiones del funeral y la disposición de entierro (Opción Directiva)

### 8. Acerca de un Testamento en Vida:

NOTA: Si tiene un Testamento en Vida y una Carta Poder Perdurable para Atención Médica, tiene que adjuntar el Testamento en Vida a este formulario. Hay un formulario de Testamento en Vida en la página de Internet de la Procuraduría (AG). Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de la casilla A ó B.

**A.** He FIRMADO Y ADJUNTADO un Testamento en Vida debidamente completado además de esta Carta Poder Perdurable para Atención Médica para declarar las decisiones que he tomado sobre atenciones al final de la vida si no puedo comunicar o tomar mis propias decisiones en ese momento.

**B.** Yo NO HE FIRMADO un Testamento en Vida.

### 9. Con relación a una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar:

NOTA: Un formulario para la Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar está disponible en la página de Internet del AG. Ponga sus iniciales o una marca de comprobación al lado de la casilla A ó B.

**A.** Mi médico o proveedor de atención médica y yo HEMOS FIRMADO una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar en papel con fondo ANARANJADO en caso que llamen al 911 o a los Técnicos de Emergencia Médica o al personal de emergencia del hospital y que mi corazón o respiración se haya detenido.

**B.** Yo NO HE FIRMADO una Instrucción Prehospitalaria De Atenciones Médicas o de No Resucitar.

### HIPAA RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE

**(Inicial)** Mi intención es que mi agente sea tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otro historial médico. Esta autoridad de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Obligación para Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164.

## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Continuación)

### FIRMA O VERIFICACIÓN

**A.** Estoy firmando esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas como sigue:

Mi Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**B.** Soy físicamente incapaz de firmar este documento, por lo que un testigo está verificando mis deseos como sigue:

**Verificación del Testigo:** Considero que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa exactamente los deseos que me fueron comunicados por el principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento. Él/ella es físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, y verifico que él/ella me indicó directamente a mí que la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento.

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 después firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) su representante; o (e) alguien que está involucrado en su atención médica al momento de firmarse este documento.

**A. Testigo:** Certifico que he atestado la firma de este documento por el Principal. La persona que firma esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas parecía estar lúcida y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos de ser un testigo y confirmo lo siguiente:

- Actualmente no estoy designado para tomar decisiones médicas para esta persona.
- No estoy involucrado directamente en administrar atención médica a esta persona.
- No tengo derecho a ninguna porción de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- No estoy emparentado con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Notario Público** (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted NO necesita que firme un notario):

ESTADO DE ARIZONA ) ss  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

El infrascrito, Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona que establece esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas la ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado con el arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas en nombre de él/ella. No estoy involucrado directamente en el suministro de atención médica al firmante. No tengo derecho a ninguna porción de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso que la persona que acepta esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas sea físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente

## CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES MÉDICAS (Última Página)

a mí que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas en este momento.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Notario Público \_\_\_\_\_ Mi Cargo Vence: \_\_\_\_\_

### OPCIONAL: DECLARACIÓN DE QUE USTED HA HABLADO CON SU MÉDICO SOBRE SUS ELECCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL FUTURO

NOTA: Antes de decidir cual atención médica desea para sí mismo, posiblemente quiera consultar con su médico sobre sus alternativas de tratamiento. Esta declaración de su médico no es requerida por las leyes de Arizona. Si habla con su médico, conviene que él/ella complete esta sección. Pídale a su médico que guarde una copia de este formulario con su historial médico.

En esta fecha examiné este documento con el Principal y hablamos sobre cualquier pregunta relacionada con las consecuencias médicas probables de las elecciones de tratamiento proporcionadas anteriormente. Me comprometo a cumplir con las provisiones de esta instrucción y cumpliré con las decisiones de atención médica tomadas por el representante a menos que alguna decisión viole mi conciencia. En tal caso, divulgaré inmediatamente mi renuencia de cumplir y transferiré o trataré de transferir el cuidado del paciente a otro proveedor que esté dispuesto a actuar de acuerdo con la instrucción del representante.

Nombre del Médico (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

OFFICE OF THE ARIZONA ATTORNEY GENERAL  
Mark Brnovich



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, clergyperson 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 (the Principal):**

My Name: \_\_\_\_\_  
My Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

My Age: \_\_\_\_\_  
My Date of Birth: \_\_\_\_\_  
My Telephone: \_\_\_\_\_

**2. Selection of my health care representative and alternate (“agent” or “surrogate”)**

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

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_  
Work Phone: \_\_\_\_\_  
Cell Phone: \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_  
Work Phone: \_\_\_\_\_  
Cell Phone: \_\_\_\_\_

**3. 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. I further authorize my representative to have all access to and copies of my “personal protected health care information and medical records”. 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 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 grant of authority;
- 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 a voluntary autopsy.
- Upon my death I DO consent to a voluntary 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. Whole body
- b. Any needed parts or organs:
- c. These parts or organs only:
- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

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

- a. Any legally authorized purpose (transplantation, therapy, medical and dental evaluation, education or research, and/or advancement of medical and dental science).
- b. Transplant or therapeutic purposes only.
- c. Research Only
- d. Other: \_\_\_\_\_

**3. Which 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: \_\_\_\_\_
- c. I authorize my representative to make this decision. \_\_\_\_\_

**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:

**NOTE:** If you choose whole body donation, cremation is the only burial disposition available.

**Place your initials 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 a Do Not Resuscitate Directive on Paper with ORANGE background in the event that 911 of 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.**

**10. HIPAA WAIVER OF CONFIDENTIALITY FOR MYAGENT/REPRESENTATIVE**

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

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.

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ESTADO DE ARIZONA**  
**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL**  
**Instrucciones y Formulario**

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Utilice este formulario de Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental si desea nombrar a una persona para que tome decisiones futuras de atenciones de la salud mental por usted si usted se vuelve incapaz de tomar estas decisiones por sí mismo. La decisión de si es usted incapaz sólo puede tomarla un siquiatra autorizado de Arizona o un sicólogo que evaluará si usted puede dar consentimiento informado. Está seguro de que comprende la importancia de este documento. Hable sobre sus elecciones con los miembros de su familia, amigos y otros en quien confía. También conviene hablar con profesionistas como su médico, clérigo y un abogado antes de completar y firmar este formulario.

Si decide que éste es el formulario que quiere usar, complete el formulario. No firme el formulario hasta que su testigo o un Notario Público esté presente para verlo firmar. Hay más instrucciones para usted sobre firmar este formulario en la página 3.

**1. Información sobre mí:** (Se me denomina el "Principal")

Mi Nombre: \_\_\_\_\_ Mi Edad: \_\_\_\_\_  
Mi Dirección: \_\_\_\_\_ Mi Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mi Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Selección de mi representante de atención de la salud mental y el alterno:** (También llamados un "agente" o "sustituto")

Escojo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atenciones de la salud mental por mí cuando sea incapaz de tomarlas por mí mismo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Escojo a la siguiente persona para que actúe como representante alterno para tomar decisiones de atenciones de la salud mental por mí si mi primer representante no está disponible, no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**3. Tratamientos de salud mental que AUTORIZO si no puedo tomar las decisiones por mí mismo:**

Éstos son los tratamientos de salud mental que autorizo a mi representante de atenciones de la salud mental que tome a nombre mío si me encuentro incapaz de tomar mis propias decisiones de atenciones de la salud mental debido a enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Si mis deseos no están claros en esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o mi representante no los conoce de otra manera, mi representante actuará de buena fe de acuerdo con lo más conveniente para mí. Este nombramiento queda vigente a menos y hasta que sea revocado por mí o por orden de un tribunal. Mi representante está autorizado para hacer lo siguiente, a lo cual le he puesto mis iniciales o he marcado:

\_\_\_\_\_ **A. Sobre mi historial:** Recibir información en cuanto al tratamiento de la salud mental que se propone para mí y recibir, revisar y consentir a la divulgación de cualquier parte de mi historial médico relacionada con ese tratamiento.

\_\_\_\_\_ **B. Sobre medicamentos:** Consentir a la administración de cualquier medicamento recomendado por mi médico tratante.

**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Continuación)**

\_\_\_\_\_ **C. Sobre un entorno de tratamiento estructurado:** Ingresarme a un entorno de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas y un programa de tratamiento intensivo autorizado por el Departamento de Servicios de Salud, que se denomina un centro de salud del comportamiento "nivel uno".

\_\_\_\_\_ **D. Otro:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Tratamientos perdurables de salud mental que explícitamente NO AUTORIZO si no puedo tomar las decisiones por mí mismo:** (Explique o escriba "Ninguno")

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Revocabilidad de esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental:**

Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental se elabora de conformidad con las leyes de Arizona y continúa vigente para todos los que se basan en ella excepto aquellos que han recibido aviso oral o escrito de su revocación. Además, deseo ser capaz de revocar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental como sigue: (Ponga sus iniciales o marque A o B.)

- \_\_\_\_\_ A. Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental es IRREVOCABLE si no puedo dar consentimiento informado para tratamiento de salud mental.
- \_\_\_\_\_ B. Esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental es REVOCABLE en cualquier momento si yo hago cualquiera de lo siguiente:
- 1.) Hacer una revocación por escrito de la Carta Poder para Atenciones de la Salud Mental o una declaración escrita para descalificar a mi representante o agente.
  - 2.) Avisar oralmente a mi representante o agente o a un proveedor de atenciones de la salud mental que estoy revocando.
  - 3.) Elaborar una nueva Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental.
  - 4.) Cualquier otro acto que demuestre mi intención específica de revocar una Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o de descalificar a mi agente.

**6. Información adicional** sobre mis necesidades de tratamiento de atenciones de la salud mental (considere incluir historial de salud mental o física, necesidades dietéticas, preocupaciones religiosas, personas a notificar y cualquier otro asunto que sienta que es importante):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HIPPA RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD PARA MI AGENTE/REPRESENTANTE**

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Mi intención que mi agente sea tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos relacionados con el uso y divulgación de mi información de salud individualmente identificable u otro historial médico. Esta autoridad de divulgación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Obligación para Seguro de Salud de 1996 (también conocida como HIPAA), 42 USC 1320d Y 45 CFR 160-164.

**FIRMA O VERIFICACIÓN**

**A.** Estoy firmando esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental como sigue:

Mi Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Continuación)**

**B.** Soy físicamente incapaz de firmar este documento, por lo que un testigo está verificando mis deseos como sigue:

**Verificación del Testigo:** Considero que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental expresa exactamente los deseos que me fueron comunicados por el Principal de este documento. Él/ella tiene la intención de adoptar esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento. Él/ella es físicamente incapaz de firmar o marcar este documento en este momento. Verifico que él/ella me indicó directamente a mí que la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento.

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 después firmarlo. El testigo o Notario Público NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años; (b) pariente suyo por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) su representante; o (e) alguien que está involucrado en su atención médica en el momento de firma de este documento.

**A. Testigo:** Afirmo que conozco personalmente a la persona firmante de esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental y que fui testigo de la firma de la persona o reconozco la firma de la persona en este documento en mi presencia. Además afirmo que él/ella parece estar lúcido y no estar bajo coacción, fraude o influencia indebida. Él/ella no es mi pariente por sangre, matrimonio o adopción y no es una persona a quien proveo cuidados directamente en una capacidad profesional. No he sido nombrado como representante para tomar decisiones médicas en nombre de él/ella.

Nombre del Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**B. Notario Público** (NOTA: Si un testigo firma su formulario, usted NO necesita que firme un notario):

ESTADO DE ARIZONA ) ss  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

El infrascrito, Notario Público certificado en Arizona, declara que la persona que hace esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental la ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcida y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado con el arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada a tomar decisiones médicas en nombre de él/ella. No estoy involucrado directamente en el suministro de cuidados como profesional a la persona firmante. No tengo derecho a ninguna porción de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso que la persona que acepta esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental sea físicamente incapaz de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente a mí que esta Carta Poder Perdurable para Atenciones Médicas expresa sus deseos y que él/ella tiene la intención de adoptar la Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental en este momento.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_.  
Notario Público \_\_\_\_\_ Mi Cargo Vence: \_\_\_\_\_

**CARTA PODER PERDURABLE PARA ATENCIONES DE LA SALUD MENTAL (Última Página)**

**OPCIONAL:  
ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE**

Acepto este nombramiento y acuerdo servir como agente para tomar decisiones de salud mental para el Principal. Comprendo que debo actuar consistentemente con los deseos de la persona a quien represento como está expresado en esta Carta Poder Perdurable para Atenciones de la Salud Mental o, si no está expresado, como me es conocido de otra forma. Si no conozco los deseos del Principal, tengo el deber de actuar en la forma que yo, de buena fe, considero ser para bien de esa persona. Comprendo que este documento me da la autoridad de tomar decisiones sobre tratamiento de salud mental únicamente mientras esté determinado que esa persona está incapacitada, lo cual bajo las leyes de Arizona quiere decir que un siquiatra autorizado o sicólogo tiene la opinión que el Principal no es capaz de dar consentimiento informado.

Nombre del Médico (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

OFFICE OF THE ARIZONA ATTORNEY GENERAL  
Mark Brnovich



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, clergyperson, 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 Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

My Age: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_  
Work Phone: \_\_\_\_\_  
Cell Phone: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_  
Work Phone: \_\_\_\_\_  
Cell Phone: \_\_\_\_\_

**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:

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

- 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 24hour-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:**

**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: \_\_\_\_\_



**DURABLE MENTAL HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY (Last Page)**

**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: \_\_\_\_\_

**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 to make medical decisions on his/her behalf.

Witness Name(printed): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE ARIZONA**  
**TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida)**  
Instrucciones y formulario

**INSTRUCCIONES GENERALES:** Use este formulario de testamento en vida para tomar decisiones ahora sobre sus atenciones médicas si alguna vez se viera en condiciones desahuciadas, en estado vegetativo persistente o en coma irreversible. Debe platicar con su doctor(a) acerca de lo que significan estas expresiones. El testamento en vida manifiesta las decisiones que usted hubiera tomado por cuenta propia si hubiera sido capaz de comunicarse. Son las directrices por escrito para su representante médico, si lo tiene, su familia, su médico y cualquier otra persona que se encuentre en condiciones de tomar decisiones de atenciones médicas para usted. Platique con los familiares, amigos, y otros en los que confíe sobre lo que usted escoja. Además, conviene platicarle a los profesionales tales como su doctor, su clérigo y un(a) abogado/a antes de que usted complete y firme el testamento en vida.

Si usted decidiera que este fuera el formulario que usted quisiera usar, complete el formulario. No firme el testamento en vida hasta tanto su testigo o Notario/a Público/a este presente para verle firmarlo. En la página 2 hay más instrucciones para usted sobre la firma.

**IMPORTANTE: Si usted tiene un testamento en vida y una carta poder perdurable para atenciones médicas, debe adosar el testamento en vida a la carta poder perdurable para atenciones médicas.**

**1. Información sobre mí:** (Se me denomina el/la "Principal")

Mi Nombre: \_\_\_\_\_

Mi Edad: \_\_\_\_\_

Mi Dirección: \_\_\_\_\_

Mi Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Mis decisiones sobre las atenciones al final de la vida:**

**NOTA:** He aquí algunas declaraciones generales sobre lo que usted pudiera escoger en cuanto las atenciones médicas que usted quiera al concluir su vida. Aparecen en el orden que dictan las leyes de Arizona. Usted puede escribir las iniciales de su nombre en cualquier combinación de los párrafos A, B, C, y D. **Si usted escribe las iniciales de su nombre en el párrafo E, no escriba las iniciales en los otros párrafos.** Lea todas las declaraciones cuidadosamente antes de escribir las iniciales para indicar lo que usted escoja. También puede escribir en la sección 3 de este formulario su propia declaración sobre los tratamientos para mantenerle la vida y otros asuntos sobre sus atenciones médicas.

\_\_\_\_\_ **A. Sólo atenciones para mi comodidad:** Si estuviera en condiciones desahuciadas, no quiero que me prolonguen la vida ni quiero tratamiento que me sostenga la vida, aparte de las atenciones para mi comodidad, que solo sirva para demorar artificialmente el momento de morir. (NOTA: "Las atenciones para su comodidad" significa el tratamiento que intente proteger y realzar la calidad de vida sin prolongar la vida artificialmente.)

\_\_\_\_\_ **B. Limitaciones precisas a los tratamientos médicos que quiero:** (NOTA: Escriba las iniciales de su nombre o marque una o más elección/es; hable con su doctor(a) sobre lo que elija.) Si estuviera en condiciones desahuciadas, o si estuviera en coma irreversible o en estado vegetativo persistente que a los doctores les pareciera justo pensar que fuera irreversible o curable, quiero que se me dé el tratamiento médico necesario que brinde las atenciones que me mantengan cómodo/a, pero **no quiero lo siguiente:**

\_\_\_\_\_ 1.) Resucitación cardiopulmonar: por ejemplo, el uso de fármacos, toques eléctricos y respiración artificial.

\_\_\_\_\_ 2.) Que se me administren alimentos y líquidos artificialmente.

\_\_\_\_\_ 3.) Que me lleven al hospital si pudiera evitarse de alguna manera.

\_\_\_\_\_ **C. Embarazo:** No empecé cualquier otra instrucción que yo haya dado en este testamento en vida, si supiera que estuviera embarazada, no quiero que me retengan o me retiren el tratamiento para sustentar la vida si fuera posible que, al seguirse proporcionando el tratamiento de sustento de vida, el embrión o feto pudiera desarrollarse hasta alcanzar el punto de nacer vivo.

\_\_\_\_\_ **D. Tratamiento hasta que se conozca razonablemente mi condición médica:** No empecé las instrucciones que yo diera en este testamento en vida, quiero que se usen todas las atenciones médicas necesarias para tratar mi condición hasta que los doctores puedan llegar a una justa conclusión de que esté en condiciones desahuciadas o irreversible e incurable, o que esté en un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ **E. Instrucción para que se me prolongue la vida:** Quiero que se me prolongue la vida hasta donde sea posible.

**ESTADO DE ARIZONA**  
**TESTAMENTO EN VIDA (atenciones al final de la vida) (cont.)**

**3. Otras declaraciones o deseos que quiero que se cumplan para las atenciones al final de la vida:**

**NOTA:** Usted puede adjuntar más cláusulas o limitaciones a las atenciones médicas que no se hayan incluido en este formulario de testamento en vida. Escriba las iniciales de su nombre o una marca de cotejo en la casilla A o B abajo. Asegúrese de incluir lo adjunto si marca la B.

- \_\_\_\_\_ **A.** No adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.
- \_\_\_\_\_ **B.** Adjunté más cláusulas o limitaciones especiales sobre las atenciones que quiero al final de la vida.

**FIRMA O VERIFICACIÓN**

**A.** Estoy firmando este testamento en vida como sigue:

Mi Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**B.** Soy incapaz físicamente de firmar este documento, por lo que un(a) testigo está verificando mis deseos como sigue:

**Verificación del/de la Testigo:** Considero que este testamento en vida manifiesta fielmente los deseos que me comunicó el/la principal de documento. Él/ella tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora. Por lo pronto, él/ella es incapaz físicamente de firmar o de hacer una marca en el documento. Verifico que él/ella me indicó directamente que el testamento en vida manifiesta los deseos suyos y que tiene la intención de poner en vigor este testamento en vida ahora.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL/DE LA TESTIGO O NOTARIO/A PÚBLICO/A:**

**NOTA:** Por lo menos un(a) testigo adulto/a o un(a) Notario/a Público/a deberá dar fe de que usted firmó este documento y después firmarlo. El/la testigo o Notario/a Público/a NO PUEDE ser alguien que sea: (a) menor de 18 años de edad; (b) pariente suyo/a por sangre, adopción o matrimonio; (c) alguien con derecho a alguna parte de sus bienes; (d) designado/a como representante; o (e) alguien que esté involucrado en proporcionarle atención médica a usted al momento de firmarse este documento.

**A. Testigo:** Certifico que he atestiguado la firma de este documento por el/la Principal. La persona que firma este testamento en vida parecía estar lúcido y no estar bajo presión de tomar decisiones específicas o de firmar el documento. Comprendo los requisitos para ser testigo.

Confirmando lo siguiente:

- ❖ Actualmente no estoy designado/a para tomar decisiones médicas para esta persona.
- ❖ No estoy involucrado/a directamente en proporcionarle atención médica a esta persona.
- ❖ No tengo derecho a porción alguna de los bienes de esta persona cuando muera ni por testamento ni por efecto de la ley.
- ❖ No estoy emparentado/a con esta persona por sangre, matrimonio o adopción.

Nombre del/de la Testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Notario/a Público/a** (NOTA: sólo hace falta Notario/a Público/a si no lo firmó un(a) testigo)

ESTADO DE ARIZONA ) ss  
CONDADO DE \_\_\_\_\_ )

El/la infrascrito/a, Notario/a Público/a certificado/a en Arizona, declare que la persona que establece este testamento en vida lo ha fechado y firmado o marcado en mi presencia y me parece que está lúcido/a y libre de coacción. Además declaro que no estoy emparentado/a con el/a arriba firmante, por sangre, matrimonio o adopción, ni soy una persona designada para tomar decisiones médicas a nombre de él/ella. No estoy involucrado/a directamente en proporcionarle atenciones médicas al/a firmante. No tengo derecho a porción alguna de sus bienes ni por testamento existente ni por efecto de la ley. En caso de que la persona que ponga en vigor este testamento en vida sea incapaz físicamente de firmar o marcar este documento, verifico que él/ella me indicó directamente que este testamento en vida manifiesta sus deseos y que él/ella tiene la intención de poner en vigor el testamento en vida ahora.

DOY FE POR MI FIRMA Y SELLO este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Notario/a Público/a \_\_\_\_\_, Mi Cargo Vence: \_\_\_\_\_

OFFICE OF THE ARIZONA ATTORNEY GENERAL  
Mark Brnovich



**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, clergy person 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. **My information:** (the "Principal")

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_  
Date of birth: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_

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 Heading 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.

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

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.

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 VERIFICATION

A. I am signing this Living Will as follows:

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. 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: \_\_\_\_\_

**STATE OF ARIZONA LIVING WILL ("End of Life Care") (Last Page)**

**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 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: \_\_\_\_\_





## 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. 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; valdría la pena consultar con un abogado para ayudar a asegurarse que el documento que usted utilice cumpla todos los requisitos legales 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 u otorgando un documento que lo termine. Este formulario se llama documento de revocación. El poderdante puede terminar el poder legal en cualquier momento, siempre que el individuo 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 puede o no desea prestar servicios como apoderado?

Una persona que designa a una 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 alternativo,” 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 al abogado que le esté ayudando 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

**Tal como se indica en la introducción, este Manual no pretende ser un sustituto de asesoría legal. Las leyes con respecto a las curatelas son complejas y se recomienda que para preguntas sobre esta área de la ley, consulte a un abogado privado.**

**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?

La ley de Arizona requiere que una persona designada como un curador cumpla con ciertos estándares. Los estándares incluyen no tener ninguna condena por delitos graves u otras condenas que involucren robo u otras condenas causantes de inhabilitación. Las personas designadas curadores deben haber completado la capacitación requerida por el Tribunal Supremo de Arizona para el manejo de los bienes de otro.

La Ley de Arizona da prioridad a las siguientes personas o agencias cuando se nombra un curador:

1. Un curador, guardián de la propiedad u otro fiduciario nombrado o reconocido por el tribunal competente de cualquier otra jurisdicción en la que reside la persona protegida.
2. Una persona natural o jurídica nombrada por la persona protegida si la persona protegida tiene por lo menos catorce años de edad y tiene, en opinión del tribunal, la capacidad mental suficiente para hacer una elección inteligente.
3. La persona designada para tomar decisiones financieras en el poder legal duradero más reciente de la persona protegida.
4. El cónyuge de la persona protegida.
5. El cónyuge de la persona protegida.
6. Un hijo adulto de la persona protegida o una persona nombrada en el testamento de los padres, si los padres hubieran muerto.
7. Cualquier familiar de la persona protegida con quien la persona protegida haya residido por más de seis meses antes de presentar documentos ante el tribunal para pedir que se nombre un curador.
8. El individuo nombrado por alguien quien cuida de la persona protegida o le paga beneficios.
9. La esposa de un veterano o el hijo menor de un veterano, o el departamento de servicios de veteranos.
10. Un fiduciario con licencia que no sea un fiduciario público.
11. Un fiduciario público con licencia.

NOTA - A menos que el dinero de la persona protegida esté en una cuenta bancaria “restringida” o “controlada por el Tribunal,” el tutor deberá obtener una fianza. Una cuenta bancaria controlada por el tribunal es una cuenta configurada de forma que los fondos no se pueden entregar a nadie sin una orden judicial. Una fianza es como una póliza especial de seguro en caso de que el tutor robara dinero o administrara groseramente el dinero o bienes de la persona protegida. A menudo, es difícil que los miembros de la familia obtengan la fianza requerida.

## ¿Qué hace un curador?

Un curador administra el dinero y la propiedad de la persona protegida. El curador debe asumir la responsabilidad de determinar el dinero y los bienes que posee la persona protegida, dónde se encuentran el dinero y los bienes, qué medidas son necesarias para preservar ciertos bienes y cuánto tiempo se puede esperar que estos bienes mantengan a la persona protegida. Si la persona protegida es dueño de una casa, el curador debe asegurarse de que la casa esté asegurada y los impuestos sobre la propiedad estén al día, y que la persona protegida es capaz de costear el mantenimiento de la casa. El curador paga las facturas de la persona protegida con el dinero de la persona protegida. Puede que el curador necesite tomar decisiones de inversión en nombre de la persona protegida.

A menos que los bienes de la persona protegida estén en una cuenta “restringida,” el curador debe presentar al tribunal, así como compartir con todas las personas interesadas una contabilidad que refleje todas las transacciones realizadas en nombre de la persona protegida. El tribunal acepta la contabilidad solamente en ciertos formularios aprobados que están disponibles en la página web del tribunal testamentario del condado donde se originó la curatela.

## ¿Cómo se designa un curador?

Se presenta una petición ante el tribunal solicitando la designación de un curador. La persona a ser protegida o una persona interesada puede presentar una petición. Una vez que se establece una audiencia, debe entregarse personalmente un aviso sobre la fecha, hora y lugar de la audiencia a la persona a ser protegida.

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 (hasta octubre de 2016, la tarifa básica del Estado de Arizona es \$153, pero cada condado puede asignar tarifas adicionales para la presentación, que tiene un costo de \$268, En el Condado de Maricopa, y \$193 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). También hay una cuota de investigación. En el Condado de Pima, la cuota varía con el investigador. 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* por revisar y aprobar la rendición de cuentas anual.

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

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 alternativo 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 tutela?

Probablemente necesitan un tutor las personas que no pueden tomar ni comunicar decisiones razonables sobre sus necesidades y que no tienen una persona designada para tomar decisiones mediante un poder notarial médico. La persona designada debe poder y estar dispuesta a ayudar. Los menores de edad que no tienen padres u otros responsables legales necesitan un tutor. Los adultos con discapacidades que les impiden vivir sin la ayuda de otro adulto para vestir, comer y caminar a la parada de autobús para ir a la escuela, trabajo o tratamiento diario pueden necesitar un tutor. Frecuentemente, se necesitan tutores para las personas diagnosticadas con demencia, generalmente en la vejez, que no pueden recordar a sus seres queridos, dónde viven, o cómo tomar su medicamento.

### ¿Quién decide si una tutela es necesaria?

Cuando una persona cumple 18 años, Ley de Arizona asume que puede tomar sus propias decisiones y no necesita a un tutor. Sin embargo, si un ser querido cree que una tutela es necesaria, puede presentar documentación llamada petición. Una petición pide al tribunal testamentario que determine si un individuo necesita un tutor. Para nombrar un tutor, el tribunal debe determinar que la persona en cuestión carece de capacidad. Para tomar su decisión, el tribunal se basa en el informe de un médico forense y un investigador designado por el tribunal. Si se ha determinado que una persona requiere de un tutor, a esta persona se le llama “pupilo”. Los tutores legales tienen autoridad legal para tomar decisiones para un cliente independientemente de los deseos del cliente. Los Servicios de rehabilitación de Arizona (AzRSA) siguen las instrucciones y decisiones proporcionadas por un tutor o un representante designado por el tribunal sobre aquellas proporcionadas por el cliente cuando éstas están en conflicto.

El tribunal puede nombrar un tutor limitado o un tutor pleno. En Arizona, antes de pedir al tribunal que designe a un tutor, se debe explorar alternativas a una tutela plena para el pupilo. Estas alternativas pueden incluir una o más de las alternativas enumeradas en esta guía, tales como un poder legal. Si es posible nombrar a un tutor limitado, los pupilos pueden mantener más derechos de toma de decisiones.

- **Tutor limitado:** Un tutor designado para tomar decisiones sobre los derechos de una persona en ciertas áreas limitadas, tales como atención médica, el lugar donde vive, o la capacidad matrimonial. Si un tutor es designado para supervisar la atención médica de un pupilo, el pupilo aún podría tomar otras decisiones sin necesidad de obtener el consentimiento del tutor. Una persona bajo una tutela limitada puede retener el derecho a votar y el privilegio para conducir.
- **Tutor pleno:** Tutor autorizado a tomar todas las decisiones de vida por el pupilo, incluyendo las decisiones del pupilo en cuanto a arreglos para vivir, educación, transporte, educación o programas diurnos, actividades sociales, atención médica, derecho a casarse y asociación con otros.

Un tutor debe presentar un informe anual por escrito ante el Tribunal, que incluya información sobre la salud y las condiciones de vida del pupilo. El tutor debe incluir en este informe la evidencia más reciente de contacto del pupilo con un médico en ese año como mínimo. Tal evidencia puede incluir una copia de las notas de un médico de una visita o un resumen del alta del pupilo si la persona ha estado en el hospital.

## NOTA IMPORTANTE

**Tal como se indica en la introducción, este Manual no pretende ser un sustituto de asesoría legal. Las leyes con respecto a las tutelas son complejas y se recomienda que para preguntas sobre esta área de la ley, consulte a un abogado privado.**

**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?

La ley de Arizona requiere que una persona designada como tutor cumpla ciertos estándares. Los estándares incluyen no tener ninguna condena por delitos mayores u otras condenas tales como robo. La ley también exige que, al momento del nombramiento, un tutor debe haber completado una cierta cantidad mínima de capacitación impartida por la Tribunal Suprema de Arizona. La capacitación cubre Información sobre el cuidado de otra persona.

La Ley de Arizona crea una lista de individuos u organismos que pueden ser designados como tutores:

1. Un curador o tutor u otro fiduciario nombrado o reconocido por el tribunal competente de cualquier otra jurisdicción en la que reside la persona protegida.
2. Una persona natural o jurídica nombrada por la persona incapacitada si dicha persona tiene, en opinión de la corte, la capacidad mental suficiente para hacer una elección inteligente.
3. La persona nombrada para servir como tutor en el poder notarial o poder legal para cuidados de salud más recientes de la persona discapacitada.
4. El cónyuge de la persona discapacitada.
5. Un hijo adulto de la persona discapacitada.
6. Un padre de la persona discapacitada, incluyendo a una persona nombrada por testamento u otro escrito firmado por un padre fallecido.
7. Cualquier familiar de la persona discapacitada con quien la persona discapacitada haya residido por más de seis meses antes de la presentación de la petición.
8. El individuo nombrado por alguien quien cuida de la persona discapacitada o le paga beneficios.
9. La esposa de un veterano o el hijo menor de un veterano o el departamento de servicios de veteranos.
10. Un fiduciario con licencia que no sea un fiduciario público.
11. Un fiduciario público con licencia.

Siempre que sea posible, un tutor en Arizona debería ser alguien que puede tomar decisiones importantes de vida por un pupilo mediante el uso de lo que los tribunales llaman decisión sustituta. Decisión sustituta significa que las decisiones del tutor se guían por los actos previos, escritos y declaraciones del pupilo. En otras palabras, ejercer decisiones sustituidas significa que los tutores hacen todo lo posible para ponerse en los zapatos del pupilo y tratan de tomar las decisiones que tomaría el pupilo.

Por ejemplo, un tutor es nombrado para una joven con una discapacidad intelectual que ha trabajado en un hotel como ayudante de limpieza durante cinco años. Le encanta su trabajo. Su supervisor y compañeros de trabajo la tratan de manera justa. Ha ganado aumentos cada año. Su tutor quiere ponerla en un taller protegido porque cree que estará mejor protegida contra despedidos o cesada en el futuro.

La pupila no quiere dejar su trabajo e ir a un taller protegido porque le gusta viajar en autobús al trabajo y estar en la comunidad. Mediante una decisión sustituida, el tutor debe permitir que la pupila continúe trabajando en el hotel. Allí la tratan de manera justa y gana más de lo que ganaría en el taller. No hay ninguna razón para creer que ella está siendo tratada injustamente por su actual empleador.

Si no puede determinar las preferencias del pupilo, un tutor debe ser alguien que pueda tomar decisiones de vida importantes para el pupilo teniendo en mente los mejores intereses de su pupilo. Incluso cuando con el estándar del “mejor interés,” un tutor debe esforzarse en maximizar la capacidad del pupilo de tomar decisiones siempre que sea posible y adoptar las opciones menos restrictivas en la comunidad para la interacción social, vivienda y empleo.

## ¿Qué hace un tutor?

Un tutor tiene obligaciones y responsabilidades similares a las que se esperarían de un padre o madre. Un tutor supervisa las condiciones de vida, atención médica, recreación y comunicación social del pupilo de acuerdo con los deseos de su pupilo tan a menudo como sea posible. El tutor es responsable de asegurar que el pupilo viva en el ambiente menos restrictivo que sea apropiado.

## ¿Un tutor tiene autoridad sobre aquellos que están en contacto con el pupilo?

Sí. A partir del 31 de diciembre de 2016, entrará en vigencia una ley de Arizona que detalla la autoridad del tutor acerca de con quiénes los pupilos pueden tener contacto o relaciones significativas.

La nueva ley aborda los factores que el tutor debe considerar al decidir qué tipo de contacto puede tener el pupilo con los demás. Esta ley también incluye cómo una parte interesada puede acudir a los tribunales para obligar a los tutores a permitir el contacto con un pupilo. Los factores enunciados en este nuevo estatuto son similares a los factores considerados en materia de custodia de menores.

Al tomar una decisión sobre el contacto del pupilo con otro individuo, el tutor debe tener en cuenta, entre otros factores:

- los deseos del pupilo si el pupilo tiene la capacidad mental suficiente para elegir,
- la salud mental y física del pupilo,
- la persona con quien el pupilo desea entrar en contacto y si la persona con quien se solicita entra en contacto ha cometido un acto de violencia doméstica, abuso de menores, o abusa de drogas o alcohol.

Esta nueva ley también requiere que dentro de 24 horas de enterarse de la hospitalización o la muerte del pupilo, el tutor debe notificar a todos los miembros de la familia del pupilo sobre el deceso, incluyendo el cónyuge, los padres, hermanos adultos e hijos adultos del pupilo.

## ¿Cuánto tiempo lleva ser nombrado tutor?

Generalmente se programa una audiencia dentro de los cuatro o cinco semanas de la presentación de una petición para nombrar a un tutor. El tutor será nombrado en esa audiencia si se ha presentado todo el papeleo necesario, el médico forense e investigador apoyan el nombramiento de un tutor y no existe ninguna objeción.

- **Un tutor temporal o de emergencia:** un tutor puede ser nombrado de inmediato por un tribunal durante una audiencia programada muy rápidamente, sin el periodo normal de aviso, en ciertas circunstancias que constituyan un daño o daño inminente para el pupilo. Puede nombrarse un tutor de emergencia en tan solo 24 horas. Se nombrará un abogado que represente a la persona para la cual se está considerando la tutela. En todas las situaciones más graves, el juez le exigirá un informe de un profesional médico (médico, enfermera matriculada o psicólogo) que describa la razón médica por la que el pupilo no puede tomar decisiones razonables por sí mismo. Por lo general, se programará una audiencia para el nombramiento de un tutor ‘permanente’ dentro de 30 a 90 días después del nombramiento de un tutor temporal o de emergencia.

## ¿Cuándo debe designarse un tutor?

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

- ¿Ha demostrado la persona que ha tomado decisiones que le ponen en peligro inminente? ¿Se ha hecho daño por falta de criterio?
- ¿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?

Para las personas menores de 18 años cuyas discapacidades son tan importantes que no son capaces de tomar decisiones razonables cuando se acercan a los 18 (la ‘mayoría’ de edad), puede presentarse una petición de tutela cuando tengan 17 años y seis meses. El peticionario puede pedir que la orden de tutela tome efecto en el cumpleaños 18 del menor. Junto con la petición, el peticionario puede proveer un informe de una evaluación del menor por un médico, psicólogo o enfermera matriculada que cumpla con los requisitos del Tribunal, y si la evaluación se llevó a cabo dentro de los seis meses después de la fecha de la presentación de la petición ante el tribunal, el peticionario podrá solicitar en la petición que el Tribunal acepte este informe en lugar de ordenar evaluaciones adicionales.

## ¿Cómo se designa un tutor?

Debido a que una tutela reduce significativamente la capacidad de una persona de 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, 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) matriculado(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. **Visite la página Web de Legislatura del Estado de Arizona para ver la lista de las leyes estatales sobre la tutela, en <http://www.azleg.gov/arsDetail/?title=14>**

## ¿Cómo se termina o cambia una tutela?

Un cambio o sustitución de tutor requiere una petición por parte del pupilo o cualquier persona interesada en el bienestar del pupilo, o por iniciativa del Tribunal, y el Tribunal debe considerar que es en el mejor interés del pupilo. Un tutor interino puede sustituirse incluso si él/ella no ha hecho nada malo, siempre y cuando el tribunal considere que el cambio es para el mejor interés del pupilo. Al igual que el tribunal considera la información del investigador nombrado por el tribunal cuando inicialmente nombra a un tutor, el tribunal puede solicitar el informe de un investigador para determinar lo que es en interés del pupilo cuando se busca cambiar de tutor.

NOTA – el pupilo o tutor debe tener cuidado acerca de pedir un cambio de tutor antes de un año después de que el pupilo fue declarado incapacitado. El Tribunal prohíbe una petición “preliminar” de cambio de tutor “a menos que el tribunal lo permita sobre la base de declaraciones juradas, haya razones para creer que el tutor actual pondrá en peligro la salud física, mental o emocional del pupilo si no se lo sustituye.” **Visite la página Web de Legislatura del Estado de Arizona para ver la lista de las leyes estatales sobre la tutela, en <http://www.azleg.gov/arsDetail/?title=14>**

El pupilo también puede solicitar al Tribunal, en cualquier momento, la terminación de la tutela. Un tutor está obligado a apoyar la alternativa menos restrictiva para un pupilo cuya capacidad se ha restaurado y por lo tanto debe buscar terminar la tutela si el pupilo puede tomar decisiones razonables acerca de su persona. Aunque los estatutos de tutela dan poca orientación, es conveniente asumir que el tribunal requerirá un informe médico reciente con respecto a la capacidad mejorada del pupilo para tomar decisiones sobre su persona antes de terminar una tutela.

NOTA – el estatuto de tutela nos dice que “una persona interesada, que no sea el tutor o pupilo, no deberá presentar una petición de adjudicación que el pupilo ya no está incapacitado antes de un año después de que la orden que adjudica la incapacidad entró en vigencia, a menos que el tribunal lo permita sobre la base de declaraciones juradas que hay razones para creer que el pupilo no está incapacitado.” **Visite la página Web de Legislatura del Estado de Arizona para ver la lista de las leyes estatales sobre la tutela, en <http://www.azleg.gov/arsDetail/?title=14>**

## ¿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 (hasta octubre de 2016, la tarifa básica del Estado de Arizona es \$153, pero cada condado puede asignar tarifas adicionales para la presentación, que tiene un costo de \$268, En el Condado de Maricopa, y \$193 en el Condado de Pima) y el servicio de procesamiento/envío de los documentos a la persona que va a estar bajo tutela (entre \$30-\$100 dependiendo de la ubicación de la posible persona protegida). 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 considerarlas 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
- Tribu Fort Yuma Quechan
- Comunidad India de Salt River Pima-Maricopa
- Nación Tohono O’odham de Arizona
- Tribu Apache de White Mountain de la Reserva Fort Apache
- Nación Navajo

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

**Tal como se indica en la introducción, este Manual no pretende ser un sustituto de asesoría legal. Las leyes con respecto a los fid son complejas y se recomienda que para preguntas sobre esta área de la ley, consulte a un abogado privado.**

**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.

# Cuentas de ABLE



*“Me gustaría ahorrar algo de dinero para el futuro, pero tengo miedo de perder mis beneficios. En este momento no puedo tener más de \$2,000 sin pagar una multa. ¿Qué opciones tengo?”*

## ¿Qué es una cuenta ABLE y dónde puedo abrir una?

La Ley para alcanzar una mejor experiencia en la vida – ABLE, por sus siglas en inglés (Achieving a Better Life Experience) es la legislación federal que permite a las personas con discapacidad (detectada hasta la edad de 26 años) y sus familiares crear cuentas de ahorro libres de impuestos llamadas cuentas ABLE. La Ley entró en vigor en 2014 y varios Estados inmediatamente establecieron programas para administrar cuentas ABLE. La versión de Arizona de la ley ABLE fue promulgada en mayo de 2016 y debe entrar en vigor no más tarde de julio de 2017.

Las cuentas ABLE, a diferencia de las cuentas regulares, pueden tener más de \$2.000 y no perjudican la elegibilidad para los beneficios públicos para personas con discapacidad. Además, parece que las cuentas ABLE para las personas con discapacidad, incluso aquellos que reciben beneficios “basados en la necesidad” tales como SSI y ALTCS, pueden usarse para vivienda, servicios de apoyo personal, atención médica, tecnología de asistencia y transporte. Es así que las cuentas ABLE ofrecen una mayor flexibilidad que los Fondos Fiduciarios para Necesidades Especiales. Las cuentas ABLE deben ser menos costosas de abrir y más fáciles de manejar que los Fondos Fiduciarios para Necesidades Especiales.

Sin embargo, las cuentas ABLE tienen limitaciones, especialmente para las personas que tienen lesiones catastróficas y que reciben grandes liquidaciones por lesiones personales o aquellos que pueden heredar una gran suma de dinero. Por ejemplo, una cuenta ABLE puede financiarse a una tasa de \$14.000 por año. Por lo tanto, el que recibe los ingresos de las liquidaciones o una herencia superior a \$14.000 probablemente tendrá que considerar la creación de un Fondo Fiduciario para Necesidades Especiales para guardar los fondos en exceso. Además, las personas con discapacidad que reciben SSI y Medicaid pueden tener no más de \$100.000 en una cuenta ABLE para no tener una reducción en los beneficios basados en la necesidad. Además, puede haber solamente una cuenta ABLE para los individuos con una discapacidad. Y, como en el caso de Fondos Fiduciarios para Necesidades Especiales autoliquidados, cualquier saldo ABLE que quede a la muerte del beneficiario de la cuenta es probable que pase a la Agencia estatal de Medicaid, el sistema de contención de costo de salud de Arizona.

Una vez que las cuentas ABLE estén disponibles en Arizona, las personas con discapacidad que reciben beneficios basados en necesidades tendrán un recurso valioso nunca antes ofrecido: tener una cuenta bancaria con un saldo de más de \$2.000 que se puede utilizar relativamente libremente. Las cuentas ABLE son una adición importante a los Fondos Fiduciarios para Necesidades Especiales de las personas con discapacidad y sus familias. Una cuenta ABLE se puede establecerse para un residente de Arizona en otro estado, siempre y cuando ese Estado acepte cuentas ‘extranjeras’. Una advertencia: Como con muchas decisiones relacionadas con cómo pueden utilizarse los fondos de las personas con discapacidad, conviene siempre comprobar primero con AHCCCS antes de abrir una cuenta ABLE fuera del estado para un residente de Arizona.

## APÉNDICE A

### FIDUCIARIOS PÚBLICOS EN ARIZONA

<p><b>Condado Apache</b>            Patricia Hall            75 W. Cleveland, 2nd Floor            St. Johns, AZ 85936            (928) 337-7627</p>	<p><b>Condado Pinal</b>            Joan Sacramento            971 N. Jason Lopez Cir.            Florence, AZ 85132            (520) 866-7252</p>	<p><b>Condado Mohave</b>            Rashida Suminski            700 W. Beale St.            Kingman, AZ 86402            (928) 718-4959</p>
<p><b>Condado Greenlee</b>            Nora Garza            223 Fifth St.            Clifton, AZ 85533            (928) 865-2323</p>	<p><b>Condado Coconino</b>            J.R. Rittenhouse            2625 N. King St., 2nd Fl.            Flagstaff, AZ 86004            (928) 679-7441</p>	<p><b>Condado Yavapai</b>            Pamela E. Bensmiller            1015 Fair St. Rm.326            Prescott, AZ 86303            (928) 771-3153</p>
<p><b>Condado Pima</b>            Philip H. Grant            32 N. Stone Ave., 4th Floor            Tucson, AZ 85701            (520) 724-5454</p>	<p><b>Condado Maricopa</b>            Catherine Robbins            222 N. Central Ave., Ste 4100            Phoenix, AZ 85004            (602) 506-5801</p>	<p><b>Condado Graham</b>            Sherrie Lines            820 W. Main St.            Safford, AZ 85546            (928) 428-4441</p>
<p><b>Condado Cochise</b>            Vicki Haviland            4 Ledge Ave.            Bisbee, AZ 85603            (520) 432-9660</p>	<p><b>Condado Santa Cruz</b>            Rita Luz Ashford            2150 N. Congress Dr.            Nogales, AZ 85621            (520) 375-7892</p>	<p><b>Condado Navajo</b>            Sherry Reed            100 E. Code Talkers Dr.            Holbrook, AZ 86025            (928) 524-4353</p>
<p><b>Condado La Paz</b>            Vivian Hartless            1105 W. 14th St.            Parker, AZ 85344            (928) 669-6163</p>	<p><b>Condado Gila</b>            Tiffany Poarch            5515 S. Apache Ave., Ste. 800            Globe, AZ 85501            (928) 425-3149</p>	<p><b>Condado Yuma</b>            Candy Wheeler-Ruby            3007 S. Pacific Ave.            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?
<b>Apache</b>	Formularios modificados* del Condado Maricopa	<a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> <a href="http://www.superiorcourt.maricopa.gov">www.superiorcourt.maricopa.gov</a> Secretario del Tribunal del Condado Apache: (928) 337-7550
<b>Cochise</b>	Formularios modificados* del Condado Maricopa u otros formularios de condados en Arizona	<a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> <a href="http://www.superiorcourt.maricopa.gov">www.superiorcourt.maricopa.gov</a> Secretario del Tribunal del Condado Cochise: (520) 432-8601
<b>Coconino</b>	Formularios del Condado Coconino	<a href="http://www.coconino.az.gov">www.coconino.az.gov</a> <a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> Secretario del Tribunal del Condado Coconino: (928) 679-7600
<b>Gila</b>	Formularios modificados* del Condado Maricopa	<a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> Secretario del Tribunal del Condado Gila: (928) 402-8866
<b>Graham</b>	Formularios del Condado Graham	<a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> Secretario del Tribunal del Condado Graham: (928) 428-3100
<b>Greenlee</b>	Formularios modificados* del Condado Maricopa u otros formularios de condados en Arizona, modificados a “Greenlee”	<a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> <a href="http://www.superiorcourt.maricopa.gov">www.superiorcourt.maricopa.gov</a> Secretario del Tribunal del Condado Greenlee: (928) 865-4242
<b>La Paz</b>	Formularios modificados* del Condado Maricopa	<a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> <a href="http://www.superiorcourt.maricopa.gov">www.superiorcourt.maricopa.gov</a> Secretario del Tribunal del Condado La Paz: (928) 669-6131
<b>Maricopa</b>	Formularios del Condado Maricopa	<a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> <a href="http://www.superiorcourt.maricopa.gov">www.superiorcourt.maricopa.gov</a> (court forms) Secretario del Tribunal del Condado Maricopa: (602) 372-5375 Asociación de Abogados Condado de Maricopa: (602) 257-4200

Condado	¿Qué formulario se utiliza?	¿Dónde puedo encontrar los formularios?
<b>Mohave</b>	Formularios del Condado Mohave	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.mohavecourts.com Secretario del Tribunal del Condado Mohave: (928) 753-0713
<b>Navajo</b>	Formularios Modificadas* del Condado Pima o Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.superiorcourt.maricopa.gov Secretario del Tribunal del Condado Navajo: (928) 524-4188
<b>Pima</b>	Formularios del Condado Pima	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx http://www.sc.pima.gov Secretario del Tribunal del Condado Pima: (520) 724-3201 Asociación de Abogados Condado de Pima: 177 N. Church Ave., Tucson, (520) 623-8258
<b>Pinal</b>	Formularios del Condado Pinal	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx http://www.cospinalcountyaz.gov/forms.html Secretario del Tribunal del Condado Pinal: (520) 866-5300
<b>Santa Cruz</b>	Formularios Modificadas* del Condado Pima o Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.superiorcourt.maricopa.gov Secretario del Tribunal del Condado Santa Cruz: (520) 375-7700
<b>Yavapai</b>	Formularios del Condado Yavapai	http://courts.yavapai.us/selfservicecenter/ Secretario del Tribunal del Condado Yavapai: (928) 771-3312 Verde Valley Office: (928) 567-7741
<b>Yuma</b>	Formularios modificados* del Condado Maricopa	www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx www.superiorcourt.maricopa.gov Secretario del Tribunal del Condado Yuma: (928) 817-4222

Los formularios también se pueden obtener en la oficina de su área del Secretario del Tribunal Superior, y pueden estar disponible en la oficina de su área de asistencia jurídica gratuita (CLS, SALA, o de los Servicios Jurídicos de ADN de Personas). Vea la Lista de Recursos para la información de contacto.

**\* Modificado:** Si el formulario en línea permite, sustituya “Maricopa” o “Pima”, con su condado, y modificar de manera apropiada. Si no se le es permitido de modificar la forma en línea, imprimir el formulario, tache el Condado, y escribir el nombre del condado apropiado para 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
<p><b>Above and Beyond Representative Payee Service (Tucson)</b> (Servicios de Representante de Beneficiario “Por Encima y Más Allá”) (Tucson)</p>	<p>Teléfono: (520) 903-1733</p>
<p><b>Area Agency on Aging (Region 1) (Phoenix)*</b> (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 <a href="http://www.azdes.gov">www.azdes.gov</a> para más información sobre su oficina de área.</i></p>	<p><a href="http://www.aaaphx.org">www.aaaphx.org</a> Teléfono: (602) 264-2255 Llamada gratis: (888) 783-7500</p>
<p><b>ARC of Arizona</b> Defensores de los derechos y la participación de la comunidad completa para todas las personas con discapacidad intelectual y de desarrollo.</p>	<p><a href="http://www.arcarizona.org">www.arcarizona.org</a> Phone: (602) 234-2721 <a href="mailto:arc@arcarizona.org">arc@arcarizona.org</a> (Sistema de mensajes de voz)</p>
<p><b>Arizona Advance Directive Registry</b> (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.</p>	<p><a href="http://www.azsos.gov/services/advanced-directives">www.azsos.gov/services/advanced-directives</a> Teléfono: 602-542-6187 Llamada gratis: 800-458-5842</p>
<p><b>Arizona Attorney General’s Office</b> (Oficina del Procurador General de Arizona) 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><a href="http://www.azag.gov/seniors/life-care-planning">www.azag.gov/seniors/life-care-planning</a> Teléfono: (602) 542-2123 Llamada gratis: (800) 352-8431 <a href="mailto:resourcecenter@az.gov">resourcecenter@az.gov</a></p>

<b>Recursos</b>	<b>Sitio web / Información de contacto</b>
<p><b>Ability 360</b> (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><a href="http://ability360.org/">http://ability360.org/</a> Teléfono: (602) 256-2245 Llamada gratis: (800) 280-2245 Arizona Relay 711</p>
<p><b>Arizona Center for Disability Law</b></p> <p>(Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad) 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><a href="http://azdisabilitylaw.org">http://azdisabilitylaw.org</a> Teléfono: (602) 274-6287 (Voice/TTY) Llamada gratis: (800) 927-2260 (Voice/TTY)</p>
<p><b>Arizona Commission for the Deaf and Hard of Hearing</b></p> <p>(Comisión para Personas Sordas y con Problemas Auditivos de Arizona) Centro a nivel estatal que ofrece servicios e información de referencia para personas con pérdida auditiva.</p>	<p><a href="http://www.acdhh.org">www.acdhh.org</a> Teléfono: (602) 542-3323 Teléfono de texto: (602) 364-0990 Llamada gratis Voz/Teléfono de texto: (800) 352-8161</p>
<p><b>Arizona Department of Economic Security</b></p> <p>(Departamento de Seguridad Económica de Arizona)</p> <p>División de Discapacidades del Desarrollo</p>	<p><a href="http://www.azdes.gov/developmental_disabilities/">www.azdes.gov/developmental_disabilities/</a> Teléfono: (602) 542-0419 Llamada gratis: (866) 229-5553</p>
<p><b>Arizona Department of Veterans' Services</b></p> <p>(Departamento de Servicios a Veteranos de Arizona) Para información con respecto a servicios fiduciarios (curatela y tutela).</p>	<p><a href="http://www.dvs.az.gov">www.dvs.az.gov</a> Teléfono: (602) 627-3261</p>
<p><b>Arizona Developmental Disabilities Planning Council</b></p> <p>(Consejo de Planificación sobre Discapacidades del Desarrollo) Ofrece investigación original y apoyo a los proyectos que sirvan a la comunidad de la discapacidad en el desarrollo en Arizona. Ver sitio web para la versión digital de este Manual de opciones legales.</p>	<p><a href="http://addpc.az.gov">addpc.az.gov</a> Teléfono: (602) 542-8970 Llamada gratis: (877) 665-3176</p>
<p><b>Arizona Governor's Council on Spinal and Head Injuries</b></p> <p>(Consejo de la Gobernadora para Lesiones de la Médula Espinal y la Cabeza) 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><a href="http://www.azheadspine.org">www.azheadspine.org</a> Teléfono: (602) 774-9148</p>



<b>Recursos</b>	<b>Sitio web / Información de contacto</b>
<p><b>Arizona Judicial Courts</b></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><a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a> Teléfono: (602) 452-3460</p>
<p><b>Arizona Secretary of State</b> (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><a href="http://www.azsos.gov">www.azsos.gov</a> Teléfono: (602) 542-4285</p>
<p><b>Arizona Senior Citizens Law Project</b></p> <p>(Proyecto de Ley de Ciudadanos de la Tercera Edad de Arizona) 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><b>AZ Law Help</b></p> <p>(Ayuda Legal AZ)</p> <p>Sitio web que proporciona una amplia variedad de información y enlaces, incluyendo recursos para encontrar ayuda legal.</p>	<p><a href="http://www.azlawhelp.org">www.azlawhelp.org</a> Teléfono: Condado Maricopa (602) 257-4434 Condado Pima: (520) 623-4625</p>
<p><b>Community Legal Services, Inc. (Central Phoenix area)</b></p> <p>(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><a href="http://www.clsaz.org">www.clsaz.org</a> Teléfono: (602) 258-3434 Llamada gratis: (800) 852-9075 Teléfono de texto: (602) 254-9852 infocpo@clsaz.org</p>
<p><b>DNA People's Legal Services</b></p> <p>(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><a href="http://www.dnalegalservices.org">www.dnalegalservices.org</a> Teléfono: (928) 871-4151</p>
<p><b>Lawyer Referral Service (Pima County Bar Association)</b></p> <p>(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><a href="http://www.tucsonlawyers.org">www.tucsonlawyers.org</a> Teléfono: (520) 623-4625</p>

Recursos	Sitio web / Información de contacto
<p><b>Guardianship or Conservatorship forms, instructions</b>            (Formularios e instrucciones para Tutela o Curatela)            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><a href="http://www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx">www.azcourts.gov/selfservicecenter/SelfServiceForms.aspx</a></p>
<p><b>Lawyer Referral Service (Maricopa County Bar Association)</b>            (Servicio de Referencia de Abogados) (Colegio de Abogados del Condado de Maricopa)            Consulta de 30 minutos por \$35; visite el sitio web para información sobre este servicio.</p>	<p><a href="http://maricopalawyers.org">http://maricopalawyers.org</a>            Teléfono: (602) 257-4434</p>
<p><b>Maricopa County Superior Court, Clerk's Office</b>            (Tribunal Superior del Condado de Maricopa, Secretaría)            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><a href="http://www.clerkofcourt.maricopa.gov/">www.clerkofcourt.maricopa.gov/</a>            Teléfono: (602) 372-5375</p>
<p><b>NAELA (National Academy of Elder Law Attorneys)</b>            (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><a href="http://www.naela.org">www.naela.org</a>            Teléfono: (703) 942-5711</p>
<p><b>Native American Disability Law Center</b>            (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><a href="http://www.nativedisabilitylaw.org">www.nativedisabilitylaw.org</a>            Teléfono: (800) 862-7271</p>

## Recursos

## Sitio web / Información de contacto

### **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.

[www.nacog.org](http://www.nacog.org)  
Teléfono: (928) 774-1895  
[nacog@nacog.org](mailto:nacog@nacog.org)

### **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.

[www.pcoa.org](http://www.pcoa.org)  
Línea de ayuda PCOA:  
(520) 790-7262

### **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.

[www.sc.pima.gov](http://www.sc.pima.gov)  
Teléfono: (520) 724-3200

### **Social Security Administration**

(Administración de la Seguridad Social)  
Visite este sitio web para información sobre asuntos de representante de beneficiario.

[www.ssa.gov/payee/](http://www.ssa.gov/payee/)  
Llamada gratis: (800) 772-1213  
Teléfono de texto:  
(800) 325-0778

### **Southern Arizona Legal Aid**

(Asistencia Legal del Sur de Arizona)  
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.

[www.sazlegalaid.org](http://www.sazlegalaid.org)  
Teléfono: (520) 620-0443  
Llamada gratis: (800) 640-9465  
Solicitud de nuevos servicios:  
Teléfono: (520) 620-0443  
Llamada gratis:  
(800) 248-6789

Recursos	Sitio web / Información de contacto
<p><b>Special Needs Alliance (SNA)</b>            (Alianza para Necesidades Especiales)            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><a href="http://www.specialneedsalliance.org">www.specialneedsalliance.org</a>            Teléfono: (877) 572-8472  <a href="mailto:info@specialneedsalliance.org">info@specialneedsalliance.org</a></p>
<p><b>Special Needs Answers</b>            (Respuestas a Necesidades Especiales)            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><a href="http://www.specialneedsanswers.com">www.specialneedsanswers.com</a>            Teléfono: (866) 296-5509</p>
<p><b>State Bar of Arizona</b>            (Colegio de Abogados de Arizona)            Provee información para encontrar un abogado—sin referencias directas.</p>	<p><a href="http://www.azbar.org">www.azbar.org</a>            Teléfono: (602) 252-4804            Llamada gratis desde fuera del Condado Maricopa:            (866) 482-9227</p>





(602) 542-8970 | Llamada gratis: (877) 665-3176  
El sitio web: [addpc.az.gov](http://addpc.az.gov)  
3839 N. 3rd Street, Suite 306, Phoenix, AZ 85012