

# LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS INFORMACIÓN Y FORMULARIO

## INSTRUCCIONES

### ***¿Qué es una directriz anticipada para atención médica?***

La directriz anticipada para atención médica es un documento legal por medio del cual usted designa a la persona (el apoderado) que tomará en su nombre y representación, por lo general cuando usted no tenga la capacidad para tomarlas por sí mismo, las decisiones para su atención médica. En la directriz anticipada para atención médica usted también indica lo que quiere y lo que no quiere en cuanto a atención médica en el futuro. A través de este documento, usted puede ejercer su derecho de aceptar o rechazar tratamientos médicos, incluso cuando pierda la capacidad para tomar sus propias decisiones.

- Si usted usa este formulario, puede llenar lo que quiere del mismo o modificar lo que desea. Usted tiene la libertad de usar un formulario diferente.
- No se requieren los servicios de un abogado para llenar este formulario.

### ***Usted tiene el derecho de cambiar, suspender o cancelar esta directriz anticipada para atención médica en cualquier momento.***

En este formulario usted indica:

- a. quién es la persona (su apoderado), que desea que tome en su nombre y representación las decisiones en cuanto a atención médica;
- b. cuando desea que sea su apoderado quien tome las decisiones por usted
- c. qué decisiones son las que usted desea que su apoderado tome por usted

Su apoderado puede tomar todas las decisiones en nombre y representación suya en cuanto a atención médica, a menos que usted elija limitar la autoridad de su apoderado. Si usted decide no limitar la autoridad de su apoderado, entonces su apoderado tendrá el derecho de tomar a nombre y representación suya todas las decisiones para el tratamiento de atención médica relacionadas con su salud física.

**NOTA:** El apoderado no tiene el derecho de internarlo en una institución de salud mental sin su consentimiento.

# FORMATO DE DIRECTRIZ ANTICIPADA

PARA:

PROPORCIONADAS AL PÚBLICO POR:



## PARTE 1- PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA: LA DESIGNACIÓN DE SU APODERADO

¿Quiénes no pueden ser su apoderado?

- Ninguno de los empleados de la casa de reposo o de un centro residencial donde usted reciba atención
- Su médico
- Ningún empleado del hospital donde usted reciba atención, a menos que su apoderado sea pariente suyo o sea un compañero de trabajo de usted

**DESIGNACIÓN DEL APODERADO:** Designo a la persona cuyo nombre aparece a continuación como mi apoderado para que a mi nombre y representación tome las decisiones para mi atención médica. Mi apoderado ejercerá este poder y autoridad de acuerdo a mis deseos y valores personales que he expresado, los cuales son conocidos por mi apoderado, ya sea que estén o no estén dentro de este documento. Antes de actuar, mi apoderado tratará de comunicarse conmigo respecto a cuales serían mis deseos, a menos que dichos intentos fueran inútiles. Si se desconocen mis deseos, entonces mi apoderado decidirá en mi nombre y representación, esforzándose por representar mis preferencias y valores personales que sean conocidos, teniendo en cuenta lo que sea en mi mejor interés y considerando la calidad así como la extensión física de mi vida. Es mi deseo que mi apoderado haga cumplir mis preferencias y valores conocidos, incluso si otros miembros de mi familia expresaran su desacuerdo con los mismos.

Nombre de la persona que escoge como su apoderado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_  
(tel. de la casa) (tel. del trabajo) (celular/buscapersonas)

OPCIONAL: Si mi apoderado no estuviera disponible para tomar a mi nombre y representación la(s) decisión(es) relacionada(s) con mi atención médica, designo como mi apoderado alterno a:

Nombre de la persona que escoge como su apoderado alterno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_  
(tel. de la casa) (tel. del trabajo) (celular/buscapersonas)

**AUTORIDAD DEL APODERADO:** En caso de que me encuentre incapacitado para otorgar mi consentimiento informado sobre decisiones para mi atención médica, por medio de la presente otorgo a mi apoderado plenos poderes y autoridad para otorgar, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier tipo de procedimiento de atención médica, incluyendo cualquier procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar cualquier enfermedad física o mental (excepto el de internarme en una institución de salud mental sin mi expresa autorización), o de tomar cualquier otra decisión relacionada con la atención médica, en el mismo punto que yo lo hiciera si fuera competente para hacerlo, sujeto a los términos de este documento. Mi apoderado está autorizado a tomar todas las decisiones relacionadas con atención médica en mi nombre y representación, incluyendo la decisión de proporcionar, retener o retirar la alimentación e hidratación artificiales y cualquier otra forma de atención médica para mantenerme vivo, salvo lo que indico a continuación:

**CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DEL APODERADO:** La autoridad de mi apoderado entra en vigor cuando mi médico de cabecera determine que no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones acerca de mi atención médica. \_\_\_\_\_ (Ponga aquí sus iniciales)

**O BIEN**

La autoridad para que mi apoderado tome las decisiones sobre mi atención médica en mi nombre y representación entra en vigor de inmediato. \_\_\_\_\_ (Ponga aquí sus iniciales)

## PARTE 2 - INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA

Usted puede dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención médica, ya sea que usted designe o no a un apoderado. Hay algunas opciones que se proporcionan en esta sección para que escriba sus deseos respecto a proporcionar, retener o retirar los tratamientos para prolongar la vida en casos de enfermedades o lesiones de gravedad, así como aquellos suministrados para el alivio del dolor.

### **Opciones para tratamiento (en casos de enfermedades o lesiones graves o terminales):**

Las siguientes opciones para tratamiento explican algunos de los procedimientos que pudieran usarse en un intento de salvar o prolongar su vida. Su médico determina las opciones para el tratamiento y las mismas estarán influenciadas por el estado en el que usted se encuentre al momento de tener que hacer la elección.

### **Entre los ejemplos de procedimientos para prolongar la vida están:**

**RCP (reanimación cardiopulmonar CPR, por sus siglas en inglés):** Intento que hacen los médicos y las enfermeras para restablecer el latido del corazón y la respiración en caso de que ambos hubieran cesado. Esto involucra compresiones vigorosas en el pecho, insertar en la garganta y pulmones un tubo para respirar, y el uso de un respirador.

**Prolongación de la vida:** Máquinas y medicamentos que se usan para hacer el trabajo de los órganos que hayan dejado de funcionar.

**Cirugía, estudios de laboratorio, transfusiones de sangre, antibióticos.** Estas pruebas y tratamientos pueden ayudar a salvar o a prolongar la vida cuando esté enfermo de gravedad. Si sus médicos dicen que está demasiado enfermo para recuperarse, estas mismas pruebas y tratamientos pudieran interferir con la progresión natural de la muerte y podrían prolongar su sufrimiento.

**Alimentación por sonda:** Si no puede tragar o digerir la comida y bebidas, se pueden usar sondas para alimentarlo e hidratarlo a través del estómago o por aplicación intravenosa.

**DECISIONES RELACIONADAS CON EL FINAL DE LA VIDA:** Instruyo a los proveedores de atención médica y demás personas que participen en mi atención médica, que me proporcionen, retengan o retiren el siguiente tratamiento, conforme a las opciones que indico a continuación:

### **Opción para prolongar la vida:**

\_\_\_\_\_ Deseo que se prolongue mi vida por tanto tiempo como sea posible, usando todos los medios médicos  
**(ponga aquí sus iniciales)** disponibles, dentro de los límites generalmente aceptados por las pautas para la atención médica.

## **O BIEN**

### **Opción para no prolongar la vida:**

\_\_\_\_\_ No deseo que se prolongue mi vida por medio de los siguientes tratamientos en el caso de que (1) sufra de una  
**(ponga aquí sus iniciales)** enfermedad incurable e irreversible que me causará la muerte dentro de un periodo relativamente corto, (2) si quedo inconsciente y, en la medida razonable de certeza médica, no recuperaré el conocimiento o (3) los posibles riesgos del tratamiento superan los beneficios previstos. En otras palabras, quiero que mi apoderado considere no solamente la prolongación de mi vida, sino la clase de vida que tendría en caso de que los tratamientos médicos que reciba fueran satisfactorios.

### **ALIVIO DEL DOLOR:**

\_\_\_\_\_ Doy instrucciones que se me proporcione en todo momento tratamiento para el alivio del dolor o las  
**(ponga aquí sus iniciales)** molestias.

### **OPCIONES ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO**

(Cuando esté marcada la columna "SÍ", eso significa que QUIERO el tratamiento. Si está marcada la columna "NO", eso quiere decir que NO QUIERO el tratamiento).

	<b><u>Sí</u></b>	<b><u>No</u></b>
RCP (reanimación cardiopulmonar cuando cesen los latidos del corazón y la respiración):	_____	_____
Prolongación de la vida (por medio de máquinas y medicamentos)	_____	_____

Cirugía, transfusiones de sangre, antibióticos, estudios de laboratorio, etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alimentación por sondas e hidratación intravenosa o a través de una sonda gástrica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **PARTE 3 – FIRMAS**

Este formulario debe contener su firma y la de dos testigos que reúnan los requisitos, O BIEN, debe firmarse ante un notario. Si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada, entonces un defensor de los derechos de los pacientes (patient advocate) o un defensor del pueblo (ombudsman) debe firmar este formulario como testigo.

**FIRMA:** Firmar este formulario e indicar la fecha aquí:

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Firme su nombre) (escriba su nombre con letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta directriz anticipada para atención médica, o que dicha persona me comprobó su identidad con pruebas satisfactorias (2) que la persona firmó o reconoció ante mí esta directriz anticipada para atención médica, (3) que la persona parece disponer de todas sus facultades y no está actuando bajo coacción, fraude o influencia indebida, (4) que no soy la persona designada como el apoderado en esta directriz anticipada para atención médica, y (5) que no soy el proveedor de la atención médica de dicha persona, ni tampoco soy un empleado del proveedor de la atención médica de dicha persona, administrador de un centro de atención residencial para personas mayores, ni empleado del administrador de un centro de atención residencial para personas mayores.

### **PRIMER TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **SEGUNDO TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS:** Por lo menos uno de los testigos anteriores deberá firmar también la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no soy pariente consanguíneo, político o adoptivo de la persona que firma la presente directriz anticipada para atención médica, y a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del caudal hereditario de la persona a su fallecimiento conforme a ningún testamento o por efecto de la ley.

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

**PUEDE UTILIZAR ESTE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO ANTE UN NOTARIO EN LUGAR DE LA DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.**

Estado de California )  
                                  )  
                                  )

Condado de \_\_\_\_\_

El **(fecha)** \_\_\_\_\_ ante mí, **(indique aquí el nombre y cargo del funcionario)**

\_\_\_\_\_ se presentaron ante mí (nombres de los firmantes)

\_\_\_\_\_, quienes me comprobaron con pruebas satisfactorias que son las personas cuyos nombres están suscritos en este instrumento, y reconocieron ante mí que firmaron el mismo en sus capacidades autorizadas, y que al firmar el instrumento dichas personas, o la entidad en nombre de la cual actuaron, formalizan el instrumento.

**Certifico so PENA DE PERJURIO bajo las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es verdadero y exacto.**

**EN TESTIMONIO DE LO CUAL firmo y adhiero mi sello oficial.**

Firma del notario: \_\_\_\_\_ **(Sello)**

**PARTE 4 – REQUISITOS DE TESTIGO ESPECIAL**

Si es usted paciente de un centro de enfermería especializada, el defensor de los derechos de los pacientes (patient advocate) o un defensor del pueblo (ombudsman) deberá firmar la siguiente declaración:

**DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES O DEL DEFENSOR DEL PUEBLO**

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que soy un defensor de los derechos de los pacientes o defensor del pueblo, según lo especifica el Departamento Estatal de la Vejez (State Department of Aging) y que sirvo de testigo como lo requiere la Sección 4675 del Código del Tribunal Testamentario.

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Firme su nombre)

\_\_\_\_\_ (escriba su nombre con letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_

# ¿QUÉ HACER AHORA CON ESTE FORMULARIO DE DIRECTRIZ ANTICIPADA PARA ATENCIÓN MÉDICA?

1. Conserve su original. Póngalo con sus archivos personales en un lugar que sea accesible para los demás.
2. Llene una copia del tamaño que quepa en su cartera y llévela siempre consigo.
3. Déle una copia a su(s) médico(s).
4. Lleve una copia con usted cada vez que lo admitan en un hospital.
5. Déle una copia a la persona que designó como su apoderado para tomar las decisiones para su atención médica y para el apoderado alterno (si es que designó a uno). Hable con esa persona acerca de cuáles son sus decisiones, cuáles son sus objetivos de atención médica, y lo que usted quiere que tome en cuenta cuando tome las decisiones en su nombre y representación.
6. Comuníqueles a sus parientes o amigos más cercanos qué es lo que contiene su directriz anticipada para atención médica.
7. Déle una copia a su consejero religioso o espiritual.
8. Si usted tiene una directriz anticipada para atención médica anterior y obsoleta, destruya ese documento.
9. Para protegerse contra la pérdida de las copias, considere el registro en forma electrónica de su directriz anticipada para atención médica, por medio del trámite único de registro: <http://www.uslivingwillregistry.com/register.shtm>
10. Si usted no desea que se le apliquen las medidas RCP (reanimación cardiopulmonar [CPR, por sus siglas en inglés]) fuera del hospital, debe llenar por separado el formulario Orden de No Reanimar antes de ir al hospital de California (California pre-hospital DNR form). Este formulario se encuentra disponible en <http://www.emsa.ca.gov/aboutemsa/dnrform.doc>