



# Planificación Anticipada de la Atención



**EMANUEL**  
MEDICAL CENTER

---

A COMMUNITY BUILT ON CARE

# TABLA DE CONTENIDOS

## i. ¿Qué es una planificación anticipada de la atención y una Instrucción Anticipada?

¿Qué es una planificación anticipada de la atención y una Instrucción Anticipada? . . . . .	1
Información, herramientas y consejos . . . . .	1
<b>Preguntas Frecuentes</b>	
¿En qué cosas debería pensar? . . . . .	2
¿Mi agente o apoderado para tomar decisiones tiene que ser un miembro de la familia? . . . . .	3
¿Necesito a un abogado para completar una Instrucción Anticipada? . . . . .	3
¿Mi Instrucción Anticipada tiene que estar por escrito? . . . . .	3
¿Qué sucede si no hay un agente nombrado en la Instrucción Anticipada de la salud? . . . . .	3
¿Cuál es mi rol como agente o apoderado para tomar decisiones de atención de la salud? . . . . .	3
¿Qué sucede si cambio de opinión con respecto a ser apoderado para tomar decisiones? . . . . .	3
¿Qué decisiones médicas deberé tomar? . . . . .	3
¿Cómo tomo esas decisiones? . . . . .	4
¿Qué hará el médico? . . . . .	4
¿Debo obtener el acuerdo completo de la familia? . . . . .	4
<b>¿Cuáles son los tratamientos de “soporte vital”?</b>	
Reanimación Cardiopulmonar (RCP) . . . . .	5
Máquinas. . . . .	5
Tubos . . . . .	6
Medios artificiales para proveer comida y líquidos (“alimentación por sonda”) . . . . .	6
Medicamentos (fármacos) . . . . .	6
¿El cuidado paliativo es siempre una opción? . . . . .	7
¿Y qué sucede con la donación de órganos? . . . . .	7
<b>Guía de comunicación: Consejos prácticos</b>	
Conversaciones con la familia sobre la planificación anticipada de la atención de la salud . . . . .	8

## ii. Formularios/instrucciones anticipadas de la atención de la salud

Instrucción Anticipada de la atención de la salud en California . . . . .	ii-1
Formulario POLST . . . . .	ii-14
¿Qué hacer con el formulario de la Instrucción Anticipada de la atención de la salud ahora? . . . . .	ii-19
Tarjeta para billetera . . . . .	ii-19
Números de teléfono importantes. . . . .	ii-20

# ¿Qué es una planificación anticipada de la atención y una Instrucción Anticipada?

*Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas en formularios impresos, como testamentos en vida, poder para atención médica y formularios POLST.*

La Ley de Autodeterminación del Paciente es una ley federal que requiere que los centros de atención de la salud brinden a los pacientes de 18 años o más información escrita sobre sus derechos legales de tomar decisiones con respecto a su atención médica, incluso cuando los pacientes no pueden ejercer el derecho debido a una enfermedad o lesión. Estos derechos incluyen el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico y el derecho a preparar “instrucciones anticipadas”.

En California, la Instrucción Anticipada de atención de la salud permite a una persona hacer una o ambas cosas: nombrar a un agente de atención de la salud, y/o dar instrucciones escritas a sus médicos y familia para futuras decisiones de la atención de la salud.

Las instrucciones anticipadas hacen que sea más fácil para los médicos y enfermeros saber con quién hablar cuando los pacientes están demasiado enfermos para hablar sobre la atención de la salud y cuando se deben tomar decisiones.

### Información, herramientas y consejos.

Los médicos, enfermeros y otros profesionales de la atención de la salud tienen la responsabilidad de brindar servicios de atención de la salud de alta calidad e individualizados a cada paciente. Para que tengan éxito en esto, usted, el paciente, puede ayudarlos a entender qué es importante para usted con respecto a su atención de la salud.

Si se enferma demasiado como para tomar sus propias decisiones sobre su atención de la salud, o si simplemente quiere que alguien más tome las decisiones por usted, debe asegurarse de que alguien —un miembro de la familia, un amigo, su médico— sepa qué es importante para usted. De esa manera, puede estar más seguro de que recibirá la más alta calidad de atención de la salud en todo momento, incluso si no puede hablar por usted mismo.

Con esto en mente, los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud en Emanuel Medical Center elaboraron este manual. Contiene información, sugerencias y herramientas para asegurar que su atención de la salud sea de alta calidad, incluso si no puede participar la toma de decisiones. Encontrará los siguientes puntos en estas páginas:

### 1. Formulario de Instrucción Anticipada de la atención de la salud.

Este formulario de instrucción anticipada tradicional le permite nombrar a una persona sustituta que tomará decisiones de la atención de la salud (agente) y brindar orientación a esa persona y a su médico sobre los

tratamientos al final de su vida que quiere o no quiere en caso de no poder hablar por sí mismo. El formulario no requiere la asistencia de un abogado. Puede ser firmado en presencia de dos testigos O certificado por un notario público con licencia. Solo el paciente puede completar o modificar el formulario de instrucción anticipada. Se incluye un formulario de ejemplo en este manual.

### 2. Formulario de Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida (POLST, por sus siglas en inglés).

Este formulario combina sus preferencias sobre el uso de tratamientos de soporte vital con la firma de su médico, para que sea una instrucción anticipada de atención de la salud y una orden legalmente válida del médico. La POLST puede ser completada por un paciente competente o por un apoderado (sustituto) para tomar decisiones para un paciente incompetente. Como orden médica, la POLST es válida en todos los entornos, desde el hogar hasta la ambulancia, el hospital o residencia para personas mayores. No se requieren las formas de testigo o Notario Público. Se incluye un formulario de ejemplo en este manual. Los formularios POLST también están disponibles en los hospitales, residencias para personas mayores y en línea en (<http://www.cdph.ca.gov/programs/LnC/Documents/MDS30-ApprovedPOLSTForm.pdf>).

### 3. Preguntas Frecuentes.

Respuestas simples a las preguntas sobre el proceso de la instrucción anticipada, y los diferentes tipos de tratamientos de “soporte vital” que están disponibles, y para qué sirven.

### 4. Guía de comunicación.

Sugerencias prácticas sobre cómo hablar sobre sus preferencias con respecto a su atención de la salud con su médico y miembros de la familia.

### 5. Recursos de la comunidad.

Recursos seleccionados del Estado, el Condado y Emanuel Medical Center para asistencia con los documentos y el proceso de planificación anticipada de la atención de la salud. Puede obtener más información sobre la planificación anticipada de la atención y las instrucciones anticipadas si habla con su médico y el personal de oficina. También puede obtener más información en el sitio web del Emanuel Medical Center en [www.emmanuelmedicalcenter.org](http://www.emmanuelmedicalcenter.org) y contactando a Servicios Sociales, al Representante del Paciente, al Programa de Ética o al Departamento del Capellán de Emanuel Medical Center. Los Trabajadores Sociales y Defensores de Pacientes en Centros de Enfermería Especializada también pueden brindar información útil.



# Preguntas Frecuentes

Las personas vienen al hospital por muchas razones: para tener un bebé, para someterse a pruebas, para una cirugía y para recibir tratamiento para una enfermedad grave. Estar hospitalizado por una enfermedad grave puede ser un momento para considerar tratamientos de apoyo vital que involucran tecnología médica. Muchas personas prefieren no esperar hasta estar en el hospital para pensar en estas cosas.

Esperamos que esta información le sea útil. Lo alentamos a expresar sus pensamientos y preferencias sobre los tratamientos médicos con su familia y su médico de atención primaria. Alivia el estrés para su familia si un amigo o un miembro de la familia puede transmitir sus preferencias con respecto al tratamiento, o si ha expresado estas preferencias en una instrucción anticipada.

## ***¿En qué cosas debería pensar?***

Si usted es un paciente o alguien que toma decisiones en nombre de un paciente, necesita información para entender qué espera de un tratamiento recomendado: el propósito, los riesgos, beneficios, niveles de molestias, si las hay, y el posible éxito del tratamiento. Necesita saber si el tratamiento involucra dolor o efectos secundarios desagradables, la duración probable de su recuperación, el efecto del tratamiento sobre su habilidad de disfrutar la vida y de hacer cosas que necesita o que le gusta hacer. Y necesita saber qué anticipar si no puede elegir tratamiento.

Los tratamientos tienen diferentes propósitos. Algunos tienen la intención de restaurar la salud, algunos de retrasar el progreso de la enfermedad y algunos de aliviar el dolor y otros síntomas desagradables. En algunas situaciones, por ejemplo, en las últimas etapas de algunas enfermedades, hay tratamientos disponibles que pueden prolongar la vida por un tiempo. Siempre se brinda cuidado paliativo.

Cuando considera dichas decisiones, es de utilidad reflexionar sobre qué es importante en su vida. Cuando piensa en qué lo hace feliz estar vivo, pregúntese si hay limitaciones o condiciones que harían que su vida ya no tenga sentido. Responder las siguientes preguntas puede ayudarlo a aclarar sus sentimientos. (Pero recuerde que sus sentimientos pueden cambiar con la edad y con los cambios en su salud, por lo tanto, tiene que hacer esto con regularidad).

¿Qué le da calidad a su vida? Tal vez quiera abordar las preguntas a continuación con su familia, amigos cercanos o con un asesor para ayudarlo a aclarar sus sentimientos.

- ¿A qué le teme más con respecto a estar enfermo o gravemente lesionado?
- ¿Qué tan importante es para usted ser física, mental o financieramente independiente?
- ¿Cómo se sentiría si ya no pudiera hacer las actividades que más disfruta?
- ¿Cómo se sentiría si lo mudaran de su hogar actual?
- ¿Cómo se sentiría con respecto a ser atendido en un hospital o residencia para personas mayores al final de su vida?

Considere sus creencias sobre la vida. Ya sea que pertenezca o no a una religión en particular, sus creencias tienen un rol en cómo considera la vida y la muerte. Lo que usted cree que es importante en su vida puede ayudarlo a aclarar el vínculo entre sus creencias y el tipo de atención médica que quiere al final de su vida.

- ¿Qué rol tiene el dolor y el sufrimiento en la vida?
- ¿Cree que el tratamiento médico siempre debe prolongar la vida?
- ¿Cuándo cree que finaliza la vida significativa?

# Preguntas frecuentes (continuación)

## ***¿Mi agente o apoderado para tomar decisiones tiene que ser un miembro de la familia?***

No. Usted puede designar a la persona que desea que actúe en su nombre como agente o persona sustituta para tomar decisiones. Es importante que elija a alguien, y que le diga a esa persona qué es lo más importante para usted en su atención médica. Si no ha seleccionado a un agente o apoderado para tomar decisiones, y usted no puede hacerlo, el médico nombrará a su cónyuge, pareja registrada, hijo, hermano o padre como su apoderado (sustituto) para la toma de decisiones.

## ***¿Necesito a un abogado para completar una instrucción anticipada?***

No. Los pacientes pueden completar formularios de instrucciones anticipadas legalmente válidos sin asistencia legal.

## ***¿Mi instrucción anticipada tiene que estar por escrito?***

No. Los pacientes sin una instrucción anticipada por escrito pueden designar oralmente a un apoderado para tomar decisiones. Si el paciente nombra a un apoderado para tomar decisiones, su enfermero registrará el nombre del apoderado designado en el registro del hospital del paciente. Si un paciente no tiene una instrucción anticipada escrita y no designa oralmente a nadie, la persona más cercana al paciente (en general, miembros de la familia) normalmente estará involucrada en la toma de decisiones con el médico en nombre del paciente. Tratará de tomar las decisiones sobre la base de su conocimiento de lo que querría el paciente, y confiará en las declaraciones que el paciente ha expresado o en lo que conoce sobre los valores y elecciones del paciente con respecto a cuestiones importantes de la vida del paciente. También considerará qué es lo mejor para el paciente, según la información sobre los problemas del paciente proporcionada por el médico del paciente, incluso el posible dolor y sufrimiento y los posibles resultados de los tratamientos médicos en la calidad de vida del paciente.

La orientación explícita del paciente, en forma de instrucción anticipada, mejora la capacidad de los médicos y los familiares de tomar las decisiones que usted desearía.

## ***¿Qué sucede si no hay un agente nombrado en la instrucción anticipada de la salud?***

No hay ningún agente nombrado en el Testamento en Vida o los formularios POLST, por lo tanto, el documento en sí brinda orientación sobre sus preferencias. Si el paciente lo ha nombrado a usted en un documento de instrucción anticipada (Poder para Atención Médica, Testamento en Vida), podrá ser llamado “agente”. Si el paciente no tiene

una instrucción anticipada (y, por lo tanto, “agente”) y lo ha nombrado oralmente a usted como persona sustituta para tomar decisiones en el momento de la admisión en el hospital, se lo llamará “persona sustituta para tomar decisiones”, como también se lo llamará si el médico del paciente lo ha nombrado a usted para representar las preferencias del paciente para tomar decisiones de tratamiento si el paciente no puede hacerlo.

## ***¿Cuál es mi rol como agente o apoderado para tomar decisiones de atención de la salud?***

Como usted, los médicos y el personal de Emanuel Medical Center tienen un deber moral y legal de seguir las preferencias de tratamiento expresadas por paciente, incluso el formulario de Instrucción Anticipada que el paciente ha completado y firmado.

Como persona sustituta para tomar decisiones, su autoridad para tomar decisiones en general comienza cuando el paciente ya no puede o no quiere tomar las decisiones necesarias para sí mismo. Siempre que el paciente lo pueda hacer, el paciente mantendrá su rol de tomar decisiones, por lo tanto, la familia y los cuidadores profesionales se guiarán por el paciente. Los pacientes pueden transferir su autoridad para tomar decisiones a otra persona por razones emocionales o culturales antes de perder su capacidad para tomar decisiones.

Es importante hacer copias de los documentos de instrucciones anticipadas que el paciente ha completado, y presentar una copia al hospital y al médico del paciente. Esto ayuda a confirmar su rol y a transmitir y aclarar las preferencias del paciente. Hable con su médico y otros miembros del equipo de la atención de la salud para que sepan que usted está involucrado. Debe estar disponible para todas las decisiones médicas en las que el paciente estaría normalmente involucrado.

## ***¿Qué sucede si cambio de opinión con respecto a ser apoderado para tomar decisiones?***

Si cambia de opinión después de haber sido llamado para cumplir el rol de agente o apoderado para tomar decisiones, debe decirle al paciente y al médico del paciente de inmediato para que se pueda nombrar a otro apoderado para la toma de decisiones.

## ***¿Qué decisiones médicas deberé tomar?***

Es posible que el paciente ya haya tomado algunas de estas difíciles decisiones en su instrucción anticipada de la atención de la salud al elegir recibir o no recibir ciertos tratamientos. Si no es el caso, la decisión más difícil podrá ser iniciar o suspender tratamientos de soporte vital: cirugías, medidas de reanimación (tratar de revivir a

Nosotros, en Emanuel, respetamos sus derechos y elecciones. Es más fácil seguir sus instrucciones cuando puede hablarnos sobre ellas. A veces, las personas se enferman mucho y no pueden hablar. Por lo tanto, si expresa sus decisiones por escrito completando una instrucción anticipada, podemos respetar sus decisiones y trabajar junto con la persona que ha elegido para hablar en su nombre.

# Frequently Asked Questions (continuación)

un paciente si el corazón para de latir o la respiración del paciente se detiene), o respiración mecánica o máquinas de diálisis renal. Estos tratamientos son apropiados cuando el paciente los quiere y cuando los médicos consideran que restaurarán la salud del paciente y su habilidad para disfrutar la vida, o si ayudarán al paciente a sentirse más cómodo.

## ¿Cómo tomo esas decisiones?

Cuando toma decisiones con respecto a la atención de su miembro de la familia o amigo, recuerde que usted está hablando por el paciente desde el punto de vista del paciente, como si usted fuera esa persona. Cuando el paciente ha tomado expresamente decisiones sobre un tratamiento, su responsabilidad es llevar a cabo esas decisiones. Cuando un paciente no ha tomado expresamente decisiones sobre un tratamiento, su responsabilidad es hacer su mejor esfuerzo para imaginarse qué decidiría el paciente si pudiera entender qué le está diciendo el médico sobre la condición del paciente y cómo podría ser su futuro a corto y largo plazo. Esto se llama juicio sustitutivo, y requiere que se imagine en la posición del paciente. En otras palabras, es importante separar sus sentimientos sobre lo que usted querría hacer o no hacer por el paciente de lo que el paciente querría o no querría.

## Los siguientes son algunos pasos que podría seguir para tomar estas decisiones:

Aprenda los datos médicos del médico, averigüe las opciones de tratamiento, y trate de imaginarse qué decidiría el paciente si conociera todos los datos y opciones, sobre la base de su conocimiento de los valores del paciente.

- Si conoce las preferencias del paciente, sígalas.
- Si no conoce las preferencias específicas del paciente, pero puede imaginarse qué querría el paciente sobre la base de su conocimiento del paciente, trate de imaginarse qué decidiría el paciente. Considere sus valores, creencias religiosas, decisiones pasadas y declaraciones pasadas que haya expresado. También puede ayudar hablar sobre estas cuestiones con otros que también conocen al paciente.
- Si tiene poco o ningún conocimiento de lo que el paciente querría, entonces usted y los médicos deberán decidir teniendo en cuenta lo que una persona razonable en la misma situación decidiría. Puede escuchar con atención la descripción del médico de las elecciones de tratamiento y los posibles resultados. ¿El tratamiento causará dolor o sufrimiento? ¿Es probable que mejore el paciente? ¿Qué tipo de vida tendrá el paciente si el tratamiento es eficaz? ¿Qué recomienda el médico?

## ¿Qué hará el médico?

Los médicos del paciente, como usted, tienen la obligación de dar prioridad a las elecciones y el bienestar del paciente, antes de sus propias preferencias. Harán el mejor esfuerzo para recomendar y proporcionar tratamientos que cumplen dos objetivos. (1) que el tratamiento tenga una posibilidad razonable de ser eficaz y ofrecer más beneficio que sufrimiento para el paciente; y (2) que sea probable que el paciente querría el tratamiento. Los médicos también le dirán si la medicina llega al punto que no puede ayudar al paciente a recuperarse, y qué es lo máximo que se puede hacer para garantizar la comodidad del paciente. A veces, los médicos deben negarse a proporcionar tratamientos que no ayudarán al paciente, incluso si un miembro de la familia o apoderado para tomar decisiones le pide ese tratamiento, ya que la ley del estado de California protege a los pacientes de someterse a atención de la salud médicamente ineficaz (Artículos 4600-4805 del Código Sucesorio).

## ¿Debo obtener el acuerdo completo de la familia?

Si ha sido nombrado agente en una instrucción anticipada de la atención de la salud, no es necesario obtener el acuerdo de la familia para tomar decisiones. Tampoco es necesario si ha sido designado oralmente por el paciente o el médico como apoderado para tomar decisiones.

Sin embargo, lo alentamos a respetar los sentimientos y considerar los deseos de otros miembros de la familia y/o parejas registradas. Trate de comunicar su entendimiento y razonamiento a otros miembros de la familia, amigos y parejas registradas, y recuerde que, como agente o apoderado designado para tomar decisiones del paciente, su obligación más importante es dar prioridad a las preferencias conocidas y el bienestar del paciente.

Puede ser de utilidad recordar que cada miembro de la familia probablemente esté atravesando sentimientos estresantes, lo que hace más difícil tomar decisiones.

# ¿Cuáles son los tratamientos de “soporte vital”?

Vivimos en una época de avances dramáticos en tecnología médica. Los nuevos medicamentos y máquinas sofisticadas hacen posible, en algunos casos, extender nuestra vida más allá del punto en que moriríamos sin ellos. Por ejemplo, a veces, los fuertes fármacos y máquinas pueden asumir el control de las funciones vitales que desempeñan los pulmones, el corazón o los riñones. Estos se denominan tratamientos o medidas de “soporte vital”. En una crisis, estas intervenciones médicas pueden mantenernos con vida hasta que nuestros cuerpos puedan retomar las funciones normales y ya no requerir soporte artificial. No obstante, en algunas situaciones, las medidas de soporte vital pueden continuar durante muchos años.

Las medidas de soporte vital específicas tienen ventajas y desventajas, algunas de las cuales se describen a continuación. Las decisiones de usar medidas de soporte vital se deben tomar en circunstancias particulares, sobre la base de las preferencias y valores del paciente, las capacidades médicas, la posibilidad de beneficio para el paciente y las posibles cargas (molestias) de la enfermedad y el tratamiento para el paciente y la familia. Estas decisiones deben considerar las creencias religiosas del paciente, el tipo de vida que el paciente desea o está dispuesto a tener, y los efectos de dichas decisiones para la familia del paciente.

## 1. Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

RCP es un método para restaurar y mantener la vida cuando el corazón y los pulmones fallan. Cuando una persona deja de respirar, el aire que lleva oxígeno no puede ingresar a los pulmones. Si el corazón late irregularmente o deja de latir, el cuerpo no puede bombear sangre, que transporta oxígeno al cerebro. Sin oxígeno, puede ocurrir daño cerebral y la muerte en cuestión de minutos.

Fuera del hospital, la RCP es un proceso de emergencia que consiste en respiración boca a boca y masajes cardíacos. La respiración boca a boca fuerza el ingreso de aire en los pulmones, y presionar el pecho fuerza a que salga sangre que transporta oxígeno del corazón y hacia los órganos vitales del cuerpo.

En un entorno de hospital, la RCP avanzada por lo general incluye el uso de medicamentos de emergencia y la colocación de un tubo en la garganta y tráquea del paciente. El tubo también se podría conectar a una máquina (ventilador) para ayudar con la respiración. La RCP avanzada también podría involucrar la colocación de palas eléctricas en el pecho del paciente y el uso de corriente eléctrica para darle un choque al corazón e intentar restaurar el latido normal. Podría ser necesario repetir el proceso hasta que se restaure un latido eficiente, o hasta que sea evidente que no se puede restaurar el latido.

Un paciente al que se le realice RCP podría

experimentar fracturas de costillas o clavículas a causa del masaje de pecho y choque eléctrico, y podría haber molestias adicionales causadas por la colocación del tubo en la garganta.

En muchos casos, tanto en el hospital como fuera de él, la RCP salva vidas. Sin embargo, para algunos pacientes la RCP podría causar más mal que bien. En la televisión, la RCP es exitosa aproximadamente el 80% de las veces. En la vida real, tiene mucho menos éxito. En la vida real, la RCP podría no tener éxito en el caso de una persona con muchos problemas médicos graves o que está muriendo por una enfermedad avanzada. La RCP tiene la intención de prevenir muertes inesperadas, y no está indicada para personas cuya muerte se espera a causa de una enfermedad o de su edad. En general, la tasa de éxito de la RCP en pacientes hospitalizados es de alrededor del 14%, y es considerablemente menor que eso en el caso de personas con varias condiciones graves. Algunos sobrevivientes de RCP sufren daño cerebral.

Es importante para los pacientes, las familias y los médicos hablar con tiempo sobre si se debería realizar RCP, o si se debería permitir que el paciente muera naturalmente, de manera que todos sepan qué hacer si el corazón o la respiración del paciente se detienen. Si no se desea la RCP, el médico escribirá una orden de no intentar la reanimación (DNAR, por sus siglas en inglés) en la hoja clínica del paciente. Los pacientes y sus médicos también pueden rechazar la RCP en un formulario POLST de California, rechazar a pedido en consultorios médicos, hospitales y en línea. Este formulario es honrado por todos los profesionales de respuesta a emergencias (paramédicos).

Es importante pedirle a su médico una recomendación médica con respecto a la RCP en su caso, según su condición (la del paciente), las probabilidades de éxito en su caso, y el tipo de resultados que debería esperar.

## 2. Máquinas.

### Ventilador.

Un ventilador (también llamado respirador) se conecta a un tubo insertado en los pulmones por la boca y tráquea. Ayuda a los pacientes que no pueden respirar por su cuenta durante la anestesia general o RCP, o a causa de una función pulmonar que está empeorando. El ventilador llena los pulmones con oxígeno y expulsa el dióxido de carbono. Incluso cuando está despierto, un paciente conectado a un ventilador no puede hablar, y con frecuencia se siente incómodo. Por lo general, el uso temporal de un ventilador se puede tolerar con la ayuda de medicamentos cuando es posible que la condición médica del paciente mejore. Cuando el cuerpo del paciente no se recupera rápidamente, o cuando los pulmones siguen en muy malas condiciones, el uso prolongado de un ventilador podría ser más difícil de soportar.



Algunas personas prefieren no prolongar su vida de esta manera. Otras consideran que es aceptable. Esta es una decisión importante que debe realizarse solamente después de haber hablado detalladamente acerca de los hechos en casos individuales.

### ***Máquinas de hemodiálisis.***

Las máquinas de hemodiálisis funcionan como riñones artificiales para eliminar sustancias dañinas y productos de desechos de la sangre, y para ayudar a equilibrar los fluidos en el cuerpo. Las máquinas de diálisis se pueden utilizar temporal o permanentemente.

El uso permanente supone diálisis varias veces por semana en un centro de diálisis, en un hospital o en casa.

Marcapasos y desfibriladores (desfibriladores cardíacos implantables).

Un marcapasos es un alambre insertado en una vena al corazón que estimula al corazón para que bombee adecuadamente. Como el ventilador y la máquina de diálisis, el marcapasos se puede utilizar temporalmente. Cuando es necesario un marcapasos permanente, se requiere cirugía para colocarlo en el cuerpo. Un desfibrilador (o ICD) administra un choque eléctrico si el corazón deja de latir, y puede restaurar los latidos. Estos dispositivos, a menudo combinados con marcapasos, les salvan la vida a muchos pacientes con problemas cardíacos graves. Los choques son algo dolorosos. Tanto el marcapasos como los desfibriladores se pueden desactivar fácil y dolorosamente en el cuidado de pacientes que están muriendo.

## **3. Tubos.**

Los tubos pueden ser muy exitosos para dar soporte vital y se pueden colocar en varias partes del cuerpo. El tubo que se utiliza con mayor frecuencia es el IV, o tubo intravenoso, que transporta fluidos y fármacos al torrente sanguíneo. Los IV pueden brindar nutrición a los tejidos para respaldar el funcionamiento adecuado del cerebro y el corazón. A veces, un IV podría ser mejor que inyecciones frecuentes para administrar medicamentos para el dolor o antibióticos.

También se utilizan otros tubos para mantener la vida. Los pulmones colapsados se expanden con la ayuda de tubos colocados en la cavidad torácica. Un tubo insertado en la arteria pulmonar izquierda puede ayudar a los médicos a restaurar la presión arterial que cae. Un tubo de vejiga puede monitorear la función renal y ayudar a un paciente muy enfermo a sentirse más cómodo. Otros tubos se pueden utilizar para drenar infecciones del abdomen o de heridas en el pecho. Se pueden insertar tubos de nutrición e hidratación (fluido) en el estómago, el intestino, la nariz o el torrente sanguíneo cuando un paciente no puede comer o tragar. Se pueden colocar tubos en cavidades cerebrales para drenar fluidos a un vaso en el cuello para aliviar la presión excesiva en el cerebro.

## **4. Medios artificiales para proveer comida y líquidos (“alimentación por sonda”).**

La nutrición e hidratación artificial puede ser a corto plazo (por ejemplo, un tubo en la nariz que brinde nutrición durante la recuperación de una cirugía cuando un paciente no puede tragar o digerir comida normal). También puede ser a largo plazo (por ejemplo, una sonda gástrica), en el caso de algunos pacientes que han perdido permanentemente la capacidad de tragar o digerir alimentos. A veces, la alimentación por sonda puede ser permanente.

Para algunos pacientes, en particular aquellos que padecen demencia avanzada, pacientes con cáncer avanzado, u otras enfermedades incurables, o pacientes que están permanentemente inconscientes y han perdido la capacidad de comer, la nutrición e hidratación administradas por sonda son tratamientos médicos que pueden prolongar la vida física sin ofrecer una cura o comodidad al paciente. Para otros pacientes, las sondas de alimentación podrían brindar la nutrición necesaria para vivir una vida activa.

Al igual que las decisiones relativas a ventiladores y otros tratamientos médicos, decidir si comenzar, continuar o discontinuar la nutrición e hidratación artificiales es una decisión importante que debe tomarse en vista de los datos médicos, los valores personales y la comparación de beneficios y cargas desde el punto de vista del paciente.

Como con todos los tratamientos de soporte vital, los pacientes o sus familias pueden decidir hacer una prueba por tiempo limitado de la nutrición e hidratación médicas para ver si mejora la condición del paciente, con el entendimiento de que se continuará si beneficia al paciente y se discontinuará si no lo beneficia.

## **5. Medicamentos (fármacos).**

Los médicos tienen un papel fundamental en el soporte de vida. Muchos medicamentos se utilizan comúnmente para tratar diversas enfermedades.

- Los antibióticos se usan con frecuencia para luchar contra infecciones.
- La insulina es el fármaco que mantiene la vida que se utiliza comúnmente para la diabetes. Sin insulina, las personas diabéticas estarían en peligro de caer en coma y de morir.
- Los fármacos que afectan la frecuencia y el ritmo cardíaco, así como también la presión arterial, se utilizan comúnmente en situaciones críticas. Bajo instrucción telefónica de un médico, los paramédicos pueden utilizar estos medicamentos mientras transportan a un paciente a un departamento de emergencias de un hospital.

- A menudo se utiliza adrenalina en situaciones críticas, para estimular el corazón o para tratar una alergia que amenaza la vida.
- Los fármacos de quimioterapia son agentes potentes empleados en diversas combinaciones para combatir las células del cáncer, reducir tumores o desacelerar el crecimiento de los tumores.
- Se utilizan medicamentos con cortisona para tratar reacciones alérgicas que amenazan la vida y choque.
- Otros medicamentos se utilizan para tratar sobredosis de medicamentos recetados o “drogas ilegales”.
- Una inyección de Vitamina B (tiamina) puede ser fundamental para conservar el estado mental de un paciente alcohólico o una persona en coma. Algunos pacientes, como aquellos que tienen infecciones o reacciones alérgicas, necesitan el apoyo de fármacos durante un período corto de tiempo. Otros pacientes, sin embargo, como los pacientes diabéticos insulino dependientes y ciertos pacientes cardíacos, quizás deban depender de medicamentos durante el resto de su vida. Si bien los medicamentos podrían ser relativamente fáciles de tomar, debe consultar a su médico acerca de la medida en la que deberá depender de medicamentos y para entender los riesgos y beneficios que conllevan.

## **¿El cuidado paliativo es siempre una opción?**

Es importante entender que decidir retener o retirar tratamientos específicos que mantienen la vida en el caso de pacientes que están al final de su vida no significa que la atención médica y de enfermería se detiene. De hecho, el control del dolor, otras medidas paliativas como cuidado de la piel y de la boca, y atención espiritual y emocional para el paciente y la familia pasan a ser especialmente importantes en este momento, y se brindan activamente.

Brindar cuidados paliativos requiere tanto tiempo, esfuerzo, habilidad y compasión de los cuidadores profesionales como brindar otros tratamientos médicos.

Los cuidados paliativos son un aspecto importante de todos los procedimientos y tratamientos médicos. Cuando la condición médica de los pacientes no se puede arreglar, el cuidado paliativo se convierte en la meta principal: ayudar al paciente a disfrutar de su vida y ser lo más activo posible. Los pacientes, las familias y los médicos pueden elegir el cuidado paliativo como meta principal cuando las terapias agresivas disponibles son ineficaces o le ofrecen más cargas (molestias) que beneficios (buena calidad de vida) al paciente. Los pacientes y sus familias pueden solicitar considerar terapias de cuidado paliativo en cualquier momento.

Los profesionales expertos que representan muchas disciplinas en el hospital trabajan juntos para ayudar a los pacientes, las familias y los médicos a brindar cuidado paliativo para mejorar la comodidad y el sentimiento de bienestar del paciente.

Las agencias de Servicios de Cuidados Paliativos locales brindan servicios expertos de cuidado paliativo a los pacientes y sus familias en el hospital y en su hogar o en entornos de hogares de ancianos. El personal de cuidados paliativos de estas agencias está disponible para realizar consultas con pacientes hospitalizados y sus familias.

## **¿Y qué sucede con la donación de órganos?**

La donación de órganos necesarios después de la muerte le da “el regalo de la vida” a otra persona que quizás de otra manera no sobreviviría. Las personas pueden indicar su preferencia con respecto a la donación de órganos en un documento de instrucciones por adelantado, o bien completar una tarjeta especial disponible en el Departamento de Vehículos Motorizados. Si se determina al momento de la muerte que el paciente es un donante apto de órganos o tejidos, la costumbre es pedirle a la familia que dé su consentimiento antes de que se realice la donación. Por lo tanto, es importante hacer saber sus preferencias relativas a la donación de órganos a su familia.

# Guía de comunicación: Consejos prácticos.

*Conversaciones con la familia sobre la planificación anticipada de la atención de la salud.*

**Cómo sacar el tema con su familia y su médico.**

Es importante hablar sobre el tema con su familia y su médico, de modo que no estén “a oscuras” si llegan a tener que tomar decisiones médicas en su nombre. Dígalos que tiene algunas inquietudes con respecto a sus tratamientos médicos si experimentara una lesión o enfermedad grave, y agradecería la oportunidad de compartir estas inquietudes con ellos.

## Algunas sugerencias prácticas.

### 1. Piense en lo que va a decir.

Piense en el tema usted mismo antes de mencionárselo a su médico, cónyuge, pareja, hermano, padre o hijos.

### 2. Planifique el momento y el lugar.

Quizás sea la próxima visita programada con su médico en su consultorio, o una reunión familiar próxima, cuando pueda aprovechar la oportunidad de sacar el tema con uno o más de sus familiares.

### 3. Entre al tema con cuidado.

Puede avisarles a sus familiares o a su médico que le gustaría hablar sobre algo importante para usted.

### 4. Pida permiso.

Puede preguntar: “¿Es un buen momento hablar con ustedes sobre algunas cosas que estuve pensando con respecto a mi salud (atención sanitaria)?”.

### 5. Utilice apoyos.

Puede comenzar diciendo que su experiencia con las inquietudes de salud de un padre o un amigo lo hicieron pensar en las suyas propias, o que miró un programa médico en la televisión la otra noche y se puso a pensar qué querría o esperaría en una situación similar, o que estaba leyendo en el diario sobre un paciente cuya familia tuvo dificultades con las decisiones difíciles con respecto a qué hacer.

### 6. Recuerde que el tema aquí no es “la muerte y estar muriendo”.

Es lo que hace que valga la pena vivir la vida, y el tipo de vida que considera que vale la pena respaldar con la ayuda de tratamientos médicos.

### 7. Hable con la persona que quiere que actúe como su agente que tomará decisiones en su lugar.

Dígale a esa persona qué quiere y qué no cree que querría. Pregúntele a esa persona si cree que podría actuar de acuerdo con sus preferencias.

### 8. Complete un documento de planificación anticipada de la atención (instrucciones por adelantado).

Puede ser una herramienta excelente tener una conversación valiosa con su familia o su médico. Este documento dejará en claro quién quiere que hable en su lugar si pierde la capacidad de hablar por sí mismo, y les da orientación a su familia y su médico con respecto a qué es importante para usted. Puede obtener estos documentos, sin cargo, en su hospital local o en el consultorio de su médico. También puede descargar un formulario de instrucciones por adelantado del sitio web de Emanuel Medical Center: [www.emmanuelmedicalcenter.com/ethics](http://www.emmanuelmedicalcenter.com/ethics)

Hemos incluido documentos de planificación anticipada de la atención en este manual.

# Instrucción anticipada de atención de salud de California

**Esta forma le permite indicar cómo desea que le traten si está muy enfermo.**



**Esta forma consta de 3 partes. Le permite:**

### Parte 1: Escoger una persona decisora.

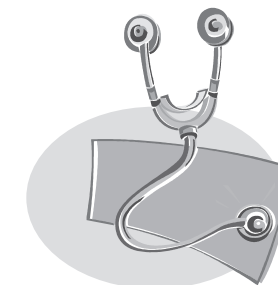
Una persona decisora es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

### Parte 2: Tomar sus propias decisiones de atención de salud.

Esta forma le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si está muy enfermo para decirlo por usted mismo.

### Parte 3: Firmar el formulario.

Se debe firmar antes de que se pueda usar.



**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas.  
Siempre firme el formulario en la página E9.**

**Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11 o  
que un notario público firme en la página E12**

**Su Nombre:** \_\_\_\_\_

**Si sólo desea nombrar una persona decisora, vaya a la Parte 1 en la página E3**

**Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página E6.**

**Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.**

**Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página E9.  
Es necesario que 2 testigos firmen en la página E11 o que un notario público firme en la página E12**

### ¿Qué sucede si cambio de opinión?

- Debe llenar un formulario nuevo.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.
- Entregue el formulario nuevo a su persona decisora y a su médico.



### ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?

- Pídale a sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares o amigos que respondan a sus preguntas. También los abogados pueden ayudar.

### ¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en esta forma?

- Escriba sus deseos en la página E9.



**Comparta esta forma y sus deseos médicos con sus familiares, amigos, y médicos.**

# Parte 1 Escoger una persona decisora

**La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.**

## ¿A quién debo escoger como mi persona decisora?

Un familiar o amigo que:

- tenga como mínimo 18 años
- le conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
- usted confíe que hará lo mejor para usted
- pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en esta forma



Su persona decisora **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

## ¿Qué sucede si no escojo una persona decisora?

Si está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares o amigos o un juez que tomen decisiones por usted. Es posible que esta persona NO sepa sobre sus deseos médicos.



## ¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi persona decisora?

Él/Ella podrá elegir:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales, proveedores de salud
- hospitales, clínicas, o un asilo de ancianos
- medicamentos, exámenes, o tratamientos
- que tipo de cuidado personal recibe, tales como: donde vive
- quien puede ver su expediente médico
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte





## Mas decisiones que su persona decisora puede tomar:

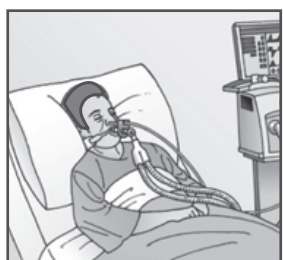
### Tratamientos de soporte vital – tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo

- **RCP o reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation)**  
 cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = recuperación



Estos tratamientos pueden ser:

- presionar con fuerza en el pecho para mantener la circulación de la sangre
- choques eléctricos para hacer que el corazón vuelva a funcionar
- medicamentos a través de las venas



- **Respirador artificial**

El respirador bombea aire a los pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.

- **Diálisis**

Una máquina que limpia la sangre si los riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede beber o comer. Esta sonda se inserta por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en las venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

### Cuidados para el final de la vida – si existe la posibilidad de que muera pronto, su persona decisora puede:

- llamar a un guía espiritual
- decidir si muere en su casa o en el hospital
- decidir donde será sepultado o cremado



Anote cualquier decisiones que no quiere que tome su persona decisora por usted:

---



---

Hable con su persona decisora sobre esta forma y sus decisiones.

## Su persona decisora



Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica en caso que yo no pueda tomarlas yo mismo.

nombre		apellido	
( )	–	( )	–
numero de teléfono de casa	numero de teléfono del trabajo	Relación	
dirección		ciudad	estado código postal

Si esta primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica.

nombre		apellido	
( )	–	( )	–
numero de teléfono de casa	numero de teléfono del trabajo	Relación	
dirección		ciudad	estado código postal

Marque con una X la oración con la que está de acuerdo. Marque esto en la página E5.

- Mi persona decisora puede tomar decisiones por mí inmediatamente después de que yo firme este formulario.
- Mi persona decisora puede tomar decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones.

¿Cómo desea que su persona decisora cumpla sus deseos médicos? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo.

- Flexibilidad Total:** Está bien que mi persona decisora cambie cualquiera de mis decisiones medicas si los doctores piensan que es mejor en ese momento.
- Alguna Flexibilidad:** Está bien que mi persona decisora cambie algunas de mis decisiones medicas si los doctores piensan que es mejor. Pero, estos son algunos deseos que nunca quiero que cambie:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Ninguna Flexibilidad:** Quiero que mi persona decisora siga mis deseos médicos exactos en todo momento. No está bien cambiar mis decisiones aunque los doctores lo recomiendan.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página siguiente.

Si ha terminado, tiene que firmar esta forma en la página E9.



# Parte 2

## Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar. Escriba sus decisiones en la página E6.

Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena.

Marque con una X todas las frases con las cuales esté de acuerdo en la página E6.

Mi vida sólo vale la pena si puedo:

- conversar con mi familia o amigos
- despertar de un estado de coma
- alimentarme, bañarme, y cuidar de mí mismo
- no sentir dolor
- vivir sin estar conectado a máquinas
- Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.
- no estoy seguro



Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

- en casa
- en el hospital
- no estoy seguro

¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

- no
  - sí
- Si usted tiene una religión... ¿Cuál es?

\_\_\_\_\_

¿Qué deben saber los médicos sobre sus creencias religiosas o espirituales?

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

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerle lo más cómodo posible y sin dolor.

Su Nombre: \_\_\_\_\_

Los tratamientos de soporte vital se usan para mantenerle vivo. Estos pueden ser RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Por favor, lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.

Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital, aunque esté sufriendo.

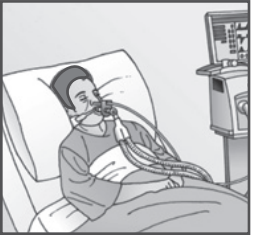
- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Si los tratamientos no funcionan y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital. Si estoy sufriendo quisiera suspenderlos.

- No deseo ningún** tratamiento de soporte vital, y quisiera enfocarme en sentirme cómodo. Prefiero tener una muerte natural.

- Deseo que mi persona decisora decida por mí.

- No estoy seguro.



or

or

or

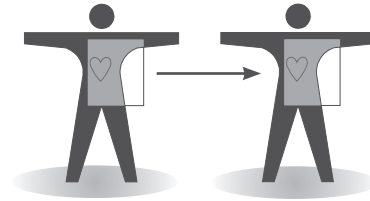
Si usted quiere anotar deseos que no están en esta página, vaya a página E9

**Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.**

**Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo. Marque sus respuestas en la página E8.**

**Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.**

- Deseo** donar mis órganos.  
¿Qué órganos desea donar?  
  - cualquier órgano
  - sólo \_\_\_\_\_
- No deseo** donar mis órganos.
- Deseo que mi persona decisora decida.
- No estoy seguro.



**Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona.**

**Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.**

- Deseo** una autopsia.
- No deseo** una autopsia.
- Deseo una autopsia solo si existe alguna duda sobre mi muerte.
- Deseo que mi persona decisora decida.
- No estoy seguro.



**¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea que su cuerpo sea tratado después de que muera? ¿Hizo arreglos funerarios o de sepultura?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**¿Qué otros deseos son importantes para usted?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parte 3**

**Firmar el formulario en la página E9**

**Antes de que se pueda usar esta forma, usted debe:**

- Firmar el formulario en la página E9.
- Pedirles a dos testigos que lo firmen en la página E10.



**Firme e indique la fecha en la página E9**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

firma fecha

\_\_\_\_\_

nombre en letra de molde apellido en letra de molde

\_\_\_\_\_

dirección ciudad estado código postal



# Parte 3 Testigos



**Antes de que se puede usar esta forma, usted debe pedirles a 2 testigos o un notario público que la firmen**

**Sus testigos deben:**

- ser mayor de 18 años
- conocerle a usted
- verle firmar esta forma



**Sus testigos no pueden:**

- ser su persona decisora
- ser su proveedor de atención de salud
- trabajar para su proveedor de atención de salud
- trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una casa de reposo, vaya a la página E13)

**Además, los testigos no pueden:**

- estar relacionados con usted de ningún modo
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte

**Los testigos tienen que firmar en la página E11.**

**Si no tiene testigos, un notario público tiene que firmar en la página E12**

- El trabajo de un notario público es asegurarse que es usted quien está firmando el formulario

# Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E11

Por medio de mi firma, doy fe que \_\_\_\_\_ firmó esta forma mientras yo le miraba. (nombre)

Esta persona tenía un uso pleno de su capacidad mental y no fue forzada a firmar.

También doy fe de que:

- Conozco a esta persona y el/ella demostró quién era
- Soy mayor de 18 años
- No soy su persona decisora
- No soy su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona



Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente:

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción
- No recibiré un beneficio económico (dinero o propiedades) después de que esta persona muera

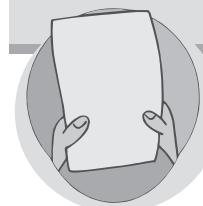
**Testigo 1: Firmen en la página E11.**

firma	/ / fecha		
nombre en letra de molde	apellido en letra de molde		
dirección	ciudad	estado	código postal

**Testigo 2: Firmen en la página E11.**

firma	/ / fecha		
nombre en letra de molde	apellido en letra de molde		
dirección	ciudad	estado	código postal

**Ha terminado de llenar esta forma.**



**Comparta esta forma con sus familiares, amigos, y proveedores de servicios médicos.**

**Hable con ellos sobre sus deseos médicos.**

# Notario Público

Lleve esta forma a un notario público **Solamente** si no lo han firmado dos testigos.

Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)



### CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

*A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.*

State of California

County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally

Date

Here insert name and title of the officer

appeared \_\_\_\_\_

Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_

Signature of Notary Public

#### Description of Attached Document

Title or Type of document: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Number of pages: \_\_\_\_\_

#### Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: \_\_\_\_\_

- Individual
- Guardian or conservator
- Other \_\_\_\_\_

**RIGHT THUMBPRINT OF SIGNER**

Top of thumb here

(Notary Seal)

## Sólo para residentes de casas de reposo del estado de California

Entregue esta forma al director de su casa de reposo, **sólo** si vive en una.

La ley de California exige que los residentes de las casas de reposo tengan al mediador público (ombudsman) como testigo de las instrucciones anticipadas.

### DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor o mediador público (ombudsman) designado por el Departamento Estatal de la Tercera Edad y que actúo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones.”

“I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.”

\_\_\_\_\_ / /  
firma

\_\_\_\_\_ / /  
fecha

\_\_\_\_\_ nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_ pellido en letra de molde

\_\_\_\_\_ dirección

\_\_\_\_\_ ciudad

\_\_\_\_\_ estado

\_\_\_\_\_ código postal

Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código de Sucesiones de California, Sección 4671-4675.

<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

This advance directive is in compliance with the California Probate Code, Section 4671-4675. <http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos - Sin Fines Comerciales - Para Compartir. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> Revisado el 4/05/2016

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> © 2016 Rebecca Sudore, MD Revised 4/05/2016



## Introduction to the Spanish translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Spanish translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).


## Introducción a la traducción al español del formulario POLST

POLST es una orden médica que les da a los pacientes más control sobre su atención médica cuando tienen una enfermedad grave. Impresa en un formulario de color rosa brillante y firmada por el paciente y por un médico, una enfermera con práctica médica o un asistente médico profesional, POLST enumera los tipos de tratamiento médico que el paciente desea recibir cuando tiene una enfermedad grave.

Ésta es una traducción al español del formulario POLST de California. El formulario traducido solo se debe usar con fines educativos al conversar sobre los deseos del paciente, que se tienen que documentar en el formulario POLST. El formulario POLST firmado tiene que estar en inglés para que el personal de emergencia pueda leerlo y seguir las órdenes.

Para preguntas en inglés, envíe un mensaje por correo electrónico a [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) o llame al (916) 489-2222. Para obtener más información sobre la orden POLST, visite [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

La versión en español solo se debe usar con fines educativos (Spanish version is for educational purposes only).  
La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario



EMSA #111 B  
(En vigor a partir del 1/1/2016)\*

### Órdenes del médico de tratamiento para el mantenimiento de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

**Primero siga estas órdenes. Luego comuníquese con el médico/NP/PA.** Una copia firmada de las POLST es una orden médica legalmente válida. Cualquier sección que no esté llenada implica tratamiento completo para esa sección. **Las POLST son un complemento a una directiva anticipada y no tienen el objetivo de reemplazar ese documento.**

Apellido del paciente:	Fecha de preparación del formulario:
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Segundo nombre del paciente:	Nº de registro médico: (opcional)

**A** **Resucitación cardiopulmonar (RCP):** *Si el paciente no tiene pulso y no está respirando.*  
*Si el paciente NO está sufriendo un paro cardiopulmonar, seguir las órdenes en las secciones B y C.*

Marque uno  **Intentar resucitación/RCP** (Si selecciona RCP en la sección A **tiene que** seleccionar Tratamiento completo en la sección B)  
 **No intentar resucitación/DNR** (permitir la muerte natural)

**B** **Intervenciones médicas:** *Si el paciente se encuentra con pulso y/o está respirando.*

Marque uno  **Tratamiento completo** – el objetivo principal es prolongar la vida por cualquier medida que sea eficaz desde el punto de vista médico.  
Además del tratamiento descrito en Tratamiento selectivo y Tratamiento enfocado en la comodidad, usar entubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según sea indicado.  
 **Tratamiento completo durante un período de prueba.**

**Tratamiento selectivo** – el objetivo es tratar los problemas médicos y evitar las medidas onerosas.  
Además del tratamiento descrito en Tratamiento enfocado en la comodidad, usar tratamiento médico, antibióticos intravenosos y fluidos intravenosos según sea indicado. No entubar. Se puede usar presión positiva no invasora en las vías respiratorias. Evitar en general los cuidados intensivos.  
 **Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.**

**Tratamiento enfocado en la comodidad** – el objetivo principal es maximizar la comodidad.  
Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicación por cualquier medio necesario; usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No usar los tratamientos indicados en Tratamiento completo y Tratamiento selectivo a menos que sean consecuentes con el objetivo de comodidad. **Solicitar el traslado al hospital solo si no se pueden suplir las necesidades de comodidad en la ubicación actual.**

Órdenes adicionales: \_\_\_\_\_

**C** **Nutrición administrada artificialmente:** *Ofrecer alimentos por boca, si es posible y deseado.*

Marque uno  Administrar nutrición artificial a largo plazo, incluyendo la alimentación por tubo. Órdenes adicionales: \_\_\_\_\_  
 Período de prueba de nutrición artificial, incluyendo la alimentación por tubo. \_\_\_\_\_  
 No administrar nutrición por medios artificiales, incluyendo la alimentación por tubo. \_\_\_\_\_

**D** **Información y firmas:**

**Hablado con:**  Paciente (paciente tiene capacidad de hacerlo)  Encargado de tomar decisiones reconocido legalmente

Directiva anticipada con fecha \_\_\_\_\_, disponible y revisada → Agente para la atención de la salud, si fue nombrado en la directiva anticipada:  
 Directiva anticipada no está disponible Nombre: \_\_\_\_\_  
 No hay una directiva anticipada Teléfono: \_\_\_\_\_

**Firma del médico / Enfermera con práctica médica (NP) / Asistente médico profesional (PA) (Médico/NP/PA)**  
Mi firma a continuación indica que a mi mejor saber y entender estas órdenes son consecuentes con el estado médico y las preferencias del paciente.

Nombre del médico/NP/PA en letra de molde:	N.º de teléfono del médico/NP/PA:	N.º de licencia del médico/PA, N.º de Certificado de la NP:
Firma del médico/NP/PA: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha:	

**Firma del paciente o encargado de tomar decisiones reconocido legalmente**  
Sé que este formulario es voluntario. Al firmar este formulario, el encargado de tomar decisiones reconocido legalmente reconoce que este pedido relativo a medidas de resucitación es consecuente con los deseos conocidos y el mejor interés del individuo que es objeto del formulario.

Nombre en letra de molde: Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Relación: (escribir Sí mismo si es el paciente)
Firma: (requerida) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Fecha:
Dirección postal (calle/ciudad/estado/código postal):	Número de teléfono:

**FOR REGISTRY USE ONLY/  
PARA USO EXCLUSIVO  
DEL REGISTRO**

**Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta**

\*Las versiones de los formularios con fechas de vigencia el 1/1/2009, 4/1/2011 o 10/1/2014 también son válidas.

**La ley HIPAA permite la revelación de las POLST a otros profesionales de atención de la salud en la medida que sea necesario**

Información del paciente		
Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):	Fecha de nacimiento:	Sexo: <b>M</b> <b>F</b>
Médico supervisor del NP/PA	Nombre de la persona que preparó el formulario (si no es el médico/NP/PA que firma)	
Nombre:	Nombre/Cargo:	Número de teléfono:
Contacto adicional <input type="checkbox"/> Ninguno		
Nombre:	Relación con el paciente:	Número de teléfono:

**Instrucciones para el profesional de atención de la salud**

- Cómo llenar las POLST**
- **Llenar un formulario POLST es voluntario.** La ley de California requiere que los profesionales de atención de la salud cumplan con lo indicado en las POLST y otorga inmunidad a aquellos que las cumplan de buena fe. En el entorno hospitalario, un paciente será evaluado por un médico, o una enfermera con práctica médica (NP) o un asistente médico profesional (PA) actuando bajo la supervisión del médico, quien emitirá órdenes adecuadas congruentes con las preferencias del paciente.
  - **Las POLST no reemplazan una directiva anticipada.** Cuando esté disponible, revise la directiva anticipada y el formulario POLST para verificar que sean consecuentes y actualizar los formularios de manera apropiada para resolver cualquier conflicto.
  - Las POLST tienen que ser llenadas por un profesional de atención de la salud basándose en las preferencias del paciente y las indicaciones médicas.
  - Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente podría incluir a un tutor administrativo o tutor nombrado por la corte, agente nombrado en una directiva anticipada, sustituto nombrado oralmente, cónyuge, pareja de hecho registrada, uno de los padres de un menor, pariente más cercano disponible o persona que el médico de la persona considere que conoce mejor lo que está en el mejor interés del paciente y que tomará decisiones de acuerdo a los deseos y valores expresados por el paciente en la medida que se conozcan.
  - Un encargado de tomar decisiones reconocido legalmente puede ejecutar el formulario de las POLST solo si el paciente no tiene la capacidad o ha designado que la autoridad del encargado de tomar decisiones cobre vigencia inmediatamente.
  - Para ser un formulario de POLST válido, tiene que ser firmado por (1) un médico, o enfermera con práctica médica o asistente médico profesional actuando bajo la supervisión de un médico, y ejerciendo funciones según lo autorizado por ley y (2) el paciente o la persona que toma decisiones en nombre del paciente. Las órdenes verbales son aceptables con una firma posterior del médico/NP/PA de conformidad con las normas de la instalación/comunidad.
  - Si se usa un formulario traducido para un paciente o encargado de tomar decisiones, adjúntelo al formulario POLST en inglés firmado.
  - Se recomienda enfáticamente el uso del formulario original. Las fotocopias y los facsímiles de los formularios POLST firmados son legales y válidos. Se debe archivar una copia en el registro médico del paciente, en papel Ultra Pink de ser posible.

- Cómo usar las POLST**
- Toda sección incompleta de las POLST implica tratamiento completo para esa sección.
- Sección A:**
- Si se encuentra sin pulso y no está respirando, no se deben usar desfibriladores (incluyendo los desfibriladores automatizados externos) ni compresiones de pecho en un paciente que seleccionó "No intentar resucitación".
- Sección B:**
- Cuando no se puede lograr la comodidad del paciente en el lugar actual, se debe trasladar al paciente, incluso si desea "tratamiento enfocado en la comodidad", a un lugar que debe ser trasladada a un lugar en el que se le puedan proporcionar comodidad (como por ejemplo, el tratamiento de una fractura de cadera).
  - La presión positiva no invasora de las vías respiratorias incluye la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP), presión positiva en dos niveles de las vías respiratorias (BiPAP) y respiraciones asistidas por bolsa válvula máscara (BVM).
  - Los antibióticos por vía intravenosa y la hidratación en general no se consideran "Tratamiento enfocado en la comodidad".
  - El tratamiento de la deshidratación prolonga la vida. Si un paciente desea fluidos intravenosos, indique "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo".
  - Dependiendo de las normas de los servicios médicos de emergencia (EMS) locales, es posible que el personal de EMS no implemente las "Órdenes adicionales" escritas en la sección B.

- Revisión de las POLST**
- Se recomienda una revisión periódica de las POLST. Una revisión se recomienda cuando:
- se traslada al paciente de un lugar de atención o nivel de atención a otro o
  - hay un cambio sustancial en el estado de salud del paciente o
  - cambian las preferencias de tratamiento del paciente.

- Cómo modificar y anular las POLST**
- Un paciente con la capacidad para hacerlo puede solicitar que se anulen las POLST en cualquier momento, por cualquier medio que indique su intención de anularlas. Se recomienda que la anulación se registre tachando las secciones A a D con una línea, escribiendo "VOID" (nulo) en letra grande, firmando y escribiendo la fecha en esta línea.
  - Una persona designada legalmente para tomar decisiones en nombre del paciente puede solicitar una modificación de las órdenes, en colaboración con el médico/NP/PA, según los deseos conocidos del paciente, o si no se conocen, el mejor interés del paciente.

Este formulario está aprobado por la Dirección de Servicios Médicos de Emergencia de California en colaboración con el grupo de trabajo POLST de todo el estado. Para obtener más información o una copia del formulario, visite [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

**Enviar el formulario con el paciente cuando sea trasladado o dado de alta**

**HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY**



EMSA #111 B  
(Effective 4/1/2017)\*

**Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)**

**First follow these orders, then contact Physician/NP/PA.** A copy of the signed POLST form is a legally valid physician order. Any section not completed implies full treatment for that section. **POLST complements an Advance Directive and is not intended to replace that document.**

Patient Last Name:	Date Form Prepared:
Patient First Name:	Patient Date of Birth:
Patient Middle Name:	Medical Record #: (optional)

**A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):** *If patient has no pulse and is not breathing. If patient is NOT in cardiopulmonary arrest, follow orders in Sections B and C.*

**Attempt Resuscitation/CPR** (Selecting CPR in Section A **requires** selecting Full Treatment in Section B)

**Do Not Attempt Resuscitation/DNR** (Allow Natural Death)

**B MEDICAL INTERVENTIONS:** *If patient is found with a pulse and/or is breathing.*

**Full Treatment** – primary goal of prolonging life by all medically effective means.  
In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated.  
 **Trial Period of Full Treatment.**

**Selective Treatment** – goal of treating medical conditions while avoiding burdensome measures.  
In addition to treatment described in Comfort-Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care.  
 **Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.**

**Comfort-Focused Treatment** – primary goal of maximizing comfort.  
Relieve pain and suffering with medication by any route as needed; use oxygen, suctioning, and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. **Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.**

**Additional Orders:** \_\_\_\_\_

**C ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION:** *Offer food by mouth if feasible and desired.*

Long-term artificial nutrition, including feeding tubes. Additional Orders: \_\_\_\_\_

Trial period of artificial nutrition, including feeding tubes. \_\_\_\_\_

No artificial means of nutrition, including feeding tubes. \_\_\_\_\_

**D INFORMATION AND SIGNATURES:**

**Discussed with:**  Patient (Patient Has Capacity)  Legally Recognized Decisionmaker

Advance Directive dated \_\_\_\_\_, available and reviewed → Health Care Agent if named in Advance Directive:  
 Advance Directive not available Name: \_\_\_\_\_  
 No Advance Directive Phone: \_\_\_\_\_

**Signature of Physician / Nurse Practitioner / Physician Assistant (Physician/NP/PA)**  
My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences.

Print Physician/NP/PA Name:	Physician/NP/PA Phone #:	Physician/PA License #, NP Cert. #:
Physician/NP/PA Signature: (required)		Date:

**Signature of Patient or Legally Recognized Decisionmaker**  
I am aware that this form is voluntary. By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.

Print Name:	Relationship: (write self if patient)
Signature: (required)	Date:
Mailing Address (street/city/state/zip):	Phone Number:

Your POLST may be added to a secure electronic registry to be accessible by health providers, as permitted by HIPAA.

**SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

\*Form versions with effective dates of 1/1/2009, 4/1/2011, 10/1/2014 or 01/01/2016 are also valid



**HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROVIDERS AS NECESSARY**

Patient Information		
Name (last, first, middle):	Date of Birth:	Gender: <b>M</b> <b>F</b>
NP/PA's Supervising Physician		Preparer Name (if other than signing Physician/NP/PA)
Name:	Name/Title:	Phone #:
Additional Contact <input type="checkbox"/> None		
Name:	Relationship to Patient:	Phone #:

**Directions for Health Care Provider**

**Completing POLST**

- **Completing a POLST form is voluntary.** California law requires that a POLST form be followed by healthcare providers, and provides immunity to those who comply in good faith. In the hospital setting, a patient will be assessed by a physician, or a nurse practitioner (NP) or a physician assistant (PA) acting under the supervision of the physician, who will issue appropriate orders that are consistent with the patient's preferences.
- **POLST does not replace the Advance Directive.** When available, review the Advance Directive and POLST form to ensure consistency, and update forms appropriately to resolve any conflicts.
- POLST must be completed by a health care provider based on patient preferences and medical indications.
- A legally recognized decisionmaker may include a court-appointed conservator or guardian, agent designated in an Advance Directive, orally designated surrogate, spouse, registered domestic partner, parent of a minor, closest available relative, or person whom the patient's physician/NP/PA believes best knows what is in the patient's best interest and will make decisions in accordance with the patient's expressed wishes and values to the extent known.
- A legally recognized decisionmaker may execute the POLST form only if the patient lacks capacity or has designated that the decisionmaker's authority is effective immediately.
- To be valid a POLST form must be signed by (1) a physician, or by a nurse practitioner or a physician assistant acting under the supervision of a physician and within the scope of practice authorized by law and (2) the patient or decisionmaker. Verbal orders are acceptable with follow-up signature by physician/NP/PA in accordance with facility/community policy.
- If a translated form is used with patient or decisionmaker, attach it to the signed English POLST form.
- Use of original form is strongly encouraged. Photocopies and FAXes of signed POLST forms are legal and valid. A copy should be retained in patient's medical record, on Ultra Pink paper when possible.

**Using POLST**

- Any incomplete section of POLST implies full treatment for that section.
- Section A:*
- If found pulseless and not breathing, no defibrillator (including automated external defibrillators) or chest compressions should be used on a patient who has chosen "Do Not Attempt Resuscitation."
- Section B:*
- When comfort cannot be achieved in the current setting, the patient, including someone with "Comfort-Focused Treatment," should be transferred to a setting able to provide comfort (e.g., treatment of a hip fracture).
  - Non-invasive positive airway pressure includes continuous positive airway pressure (CPAP), bi-level positive airway pressure (BiPAP), and bag valve mask (BVM) assisted respirations.
  - IV antibiotics and hydration generally are not "Comfort-Focused Treatment."
  - Treatment of dehydration prolongs life. If a patient desires IV fluids, indicate "Selective Treatment" or "Full Treatment."
  - Depending on local EMS protocol, "Additional Orders" written in Section B may not be implemented by EMS personnel.

**Reviewing POLST**

It is recommended that POLST be reviewed periodically. Review is recommended when:

- The patient is transferred from one care setting or care level to another, or
- There is a substantial change in the patient's health status, or
- The patient's treatment preferences change.

**Modifying and Voiding POLST**

- A patient with capacity can, at any time, request alternative treatment or revoke a POLST by any means that indicates intent to revoke. It is recommended that revocation be documented by drawing a line through Sections A through D, writing "VOID" in large letters, and signing and dating this line.
- A legally recognized decisionmaker may request to modify the orders, in collaboration with the physician/NP/PA, based on the known desires of the patient or, if unknown, the patient's best interests.

This form is approved by the California Emergency Medical Services Authority in cooperation with the statewide POLST Task Force. For more information or a copy of the form, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

**SEND FORM WITH PATIENT WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED**

# ¿AHORA QUÉ HAGO CON ESTE FORMULARIO DE INSTRUCCIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD?

- 1 Guarde la copia original. Colóquela con sus documentos personales, en un lugar accesible a otras personas.
- 2 Complete una copia que entre en la billetera y llévela en su persona.
- 3 Entréguele una copia a su(s) médico(s).
- 4 Lleve una copia con usted al hospital cada vez que quede hospitalizado.
- 5 Entréguele una copia a su representante de atención de la salud designado y alternativo (si es que lo nombró). Hable con él/ella cuáles son sus decisiones, cuáles son sus metas de atención y qué quiere que tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones en su nombre.
- 6 Dígales a sus familiares o amigos más cercanos qué dicen sus instrucciones por adelantado de atención de la salud.
- 7 Entréguele una copia a su asesor religioso o espiritual.
- 8 Si tiene una instrucción de atención de la salud por adelantado vieja y desactualizada, destruya el documento viejo.
- 9 Para protegerse contra la pérdida de copias, considere realizar un registro electrónico de sus instrucciones por adelantado de atención de la salud, un proceso de registro que se completa una única vez: [www.uslivingwillregistry.com/register.shtml](http://www.uslivingwillregistry.com/register.shtml)
- 10 Si no quiere que se intenten medidas de RCP/reanimación fuera del hospital, puede completar un formulario de DNR previo al hospital de California por separado. Disponible en [www.emsa.ca.gov/aboutemsa/dnrform.doc](http://www.emsa.ca.gov/aboutemsa/dnrform.doc)



**DETACH**

IMPORTANT NOTICE TO MEDICAL PERSONNEL		IMPORTANT NOTICE TO MEDICAL PERSONNEL	
I, _____ have executed a Power of Attorney for Health Care. My agents are:		I, _____ have executed a Power of Attorney for Health Care. My agents are:	
Name	Telephone	Name	Telephone
1: _____	( ) _____	1: _____	( ) _____
2: _____	( ) _____	2: _____	( ) _____
3: _____	( ) _____	3: _____	( ) _____

# Important Phone Numbers

## ***Emanuel Medical Center***

### ***825 Delbon Avenue***

Information And Patient Rooms .....	(209) 667-4200
Business Office .....	427-3082
Central Scheduling/Admitting. ....	669-4600
Chaplain .....	669-2399
Education Department. ....	664-2580
Emergency Services .....	664-2790
Human Resources .....	664-5900
Laboratory .....	664-2800
Medical Records/Health Information Services .....	664-5650
Radiology/Imaging .....	664-2820
Social Services .....	664-2870
Surgery Center .....	664-2770
Volunteer Services. ....	664-5190

## ***2121 Colorado Avenue***

Emanuel Rehabilitation Center .....	664-2520
Emanuel Specialty Care .....	668-5210
– Outpatient Lab .....	664-2810
– Outpatient X-Ray .....	664-2811

## ***3900 Geer Road***

Turlock Imaging Services. ....	669-0600
--------------------------------	----------

## ***880 E. Tuolumne Road***

Emanuel Cancer Center. ....	664-2434
Ruby E. Bergman Women’s Diagnostic Center .....	664-5168
Stanford Emanuel Radiation Oncology Center .....	664-5030
Emanuel Specialty Care Medical Oncology .....	250-5320

## ***Community Resources***

### *County Agencies.*

Stanislaus County Adult Services .....	209-558-2637
---	--------------

### *Health Advocacy Programs.*

American Association of Retired Persons (AARP) .....	1-888-687-2277
Area Agency on Aging .....	558-7825
Salvation Army, Turlock .....	667-6091
Salvation Army Turlock Silvercrest Residence .....	669-8863
Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) .....	1-800-434-0222
Stanislaus County Dept. of Public Health & Senior Services .....	558-7400
Senior Advocacy Network Senior Law Project .....	577-3814





**EMANUEL**  
MEDICAL CENTER

---

A COMMUNITY BUILT ON CARE

825 Delbon Avenue  
Turlock, CA 95382  
(209) 664-2545  
*[emanuelmedicalcenter.org](http://emanuelmedicalcenter.org)*