

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

NO ES NECESARIO QUE COMPLETE Y FIRME ESTE FORMULARIO

PARTE A: INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ESTAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

Este es un documento legal importante. Puede controlar las decisiones fundamentales sobre su atención médica. Antes de firmar, considere estos datos de importancia:

Datos sobre la PARTE B (Designar a un representante para la atención médica)

Usted tiene derecho a nombrar a una persona para que dirija su atención médica cuando usted no pueda hacerlo. Esta persona se conoce como su “representante para la atención médica”. Puede hacer esto usando la PARTE B de este formulario. Su representante debe dar su aceptación en la PARTE E de este formulario.

En este documento, puede escribir las restricciones que desee con respecto a la forma en que su representante tomará decisiones por usted. Su representante debe cumplir sus deseos según se establece en este documento o según se dan a conocer de otro modo. Si no se conocen sus deseos, su representante debe intentar actuar teniendo en cuenta lo que sea mejor para usted. Su representante puede renunciar en cualquier momento.

Datos sobre la PARTE C (Dar las instrucciones para la atención médica)

También tiene derecho a dar instrucciones para que sigan los proveedores de atención médica en el caso de que usted se vuelva incapaz de dirigir su atención. Puede hacer esto usando la PARTE C de este formulario.

Datos sobre cómo completar este formulario

Este formulario es válido únicamente si lo firma de manera voluntaria y estando en su sano juicio. Si usted no desea tener instrucciones anticipadas, no hace falta que firme este formulario.

A menos que usted haya limitado la duración de estas instrucciones, estas no expirarán. Si fijó una fecha de vencimiento y no es capaz de dirigir su atención médica antes de esa fecha, estas instrucciones anticipadas no expirarán hasta que usted no pueda volver a tomar esas decisiones.

Puede revocar este documento en cualquier momento. Para hacerlo, notifíqueles a su representante y proveedor de atención médica la revocación.

A pesar de contar con este documento, usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica siempre que pueda hacerlo.

Si hay alguna parte de este documento que usted no entiende, debe pedirle a un abogado que se las explique.

Puede firmar la PARTE B, la PARTE C o ambas partes. Puede tachar las palabras que no expresen sus deseos o agregar palabras que los expresen mejor. Los testigos deben firmar la PARTE D.

Escriba su NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO y DIRECCIÓN
en letra de molde aquí:

(Nombre)

(Fecha de nacimiento)

(Dirección)

Salvo que se revoquen o suspendan, estas instrucciones anticipadas seguirán vigentes durante:

COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Toda mi vida

_____ Otro período (_____ años)

PARTE B: DESIGANCIÓN DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Designo a _____ como mi representante para la
atención médica. La dirección de mi representante es _____
y su número de teléfono es _____.

Designo a _____ como mi representante suplente para la
atención médica. La dirección de mi representante suplente es _____
y su número de teléfono es _____.

Autorizo a mi representante (o su suplente) a dirigir mi atención médica cuando yo no pueda hacerlo.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: No puede designar a su médico, a un empleado de su médico ni a un propietario, administrador o empleado de su centro de atención médica, salvo que la persona tenga un vínculo con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción, o que la persona hubiera sido designada antes de su ingreso al centro de atención médica.

PARTE B: DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA
(CONTINUACIÓN)

1. Límites.

Condiciones o instrucciones especiales: _____

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

_____ Preparé unas instrucciones para la atención médica para los médicos.
Mi representante debe cumplirlas.

2. Soporte vital.

El “soporte vital” hace referencia a los medios médicos para mantener la vida, lo que incluye los procedimientos, dispositivos y medicamentos. Si usted rechaza el soporte vital, se le aplicarán igualmente medidas de rutina para mantenerlo limpio y cómodo.

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

_____ Mi representante PUEDE decidir sobre el soporte vital por mí. (Si usted no coloca sus iniciales en este espacio, entonces su representante NO PODRÁ tomar decisiones sobre el soporte vital).

3. Alimentación por sonda.

Un tipo de soporte vital es el suministro de alimentos y agua de forma artificial por medio de un dispositivo médico, conocido como sonda de alimentación.

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

_____ Mi representante PUEDE decidir sobre la alimentación por sonda por mí. (Si usted no coloca sus iniciales en este espacio, entonces su representante NO PODRÁ tomar decisiones sobre la alimentación por sonda).

(Fecha)

FIRME AQUÍ PARA DESIGNAR A UN REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

(Firma de la persona que hace la designación)

PARTE C: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Al completar estas instrucciones, tenga presente lo siguiente:

- El término “según lo recomiende mi médico” significa que usted quiere que su médico pruebe el soporte vital si este considera que podría ser útil y que después lo interrumpa si no resulta útil para su afección médica o síntomas.
- “Soporte vital” y “alimentación por sonda” se definen en la PARTE B arriba.
- Si usted rechaza la alimentación por sonda, debe entender que esto probablemente dé lugar a la desnutrición, la deshidratación y la muerte.
- Recibirá atención para su comodidad y limpieza, independientemente de sus elecciones.
- Puede dar instrucciones específicas completando los puntos 1 a 4 a continuación o puede usar las instrucciones generales del punto 5.

Estos son mis deseos sobre mi atención médica si mi médico y otro médico capacitado confirman que me encuentro en una de las situaciones médicas descritas a continuación:

1. Próximo a la muerte. Si me encuentro próximo a la muerte y el soporte vital solamente pospondría ese momento:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero la alimentación por sonda solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero cualquier otro soporte vital que pueda aplicarse.
_____ Quiero el soporte vital solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO quiero recibir soporte vital.

2. Inconsciente de forma permanente. Si me encuentro inconsciente y es muy improbable que recupere otra vez la conciencia:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero la alimentación por sonda solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero cualquier otro soporte vital que pueda aplicarse.
_____ Quiero el soporte vital solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO quiero recibir soporte vital.

PARTE C: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

3. Enfermedad progresiva avanzada. Si tengo una enfermedad progresiva que será mortal y se encuentra en una etapa avanzada, y de forma continua y permanente no puedo comunicarme por ningún medio, tragar alimentos y agua de forma segura, cuidarme ni reconocer a mi familia o a otras personas, y es muy improbable que mi afección mejore significativamente:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero la alimentación por sonda solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero cualquier otro soporte vital que pueda aplicarse.
_____ Quiero el soporte vital solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO quiero recibir soporte vital.

4. Sufrimiento extraordinario. Si el soporte vital no sería útil para mi afección médica y me haría presentar dolor de forma permanente y grave:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero la alimentación por sonda solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero cualquier otro soporte vital que pueda aplicarse.
_____ Quiero el soporte vital solamente según lo recomiende mi médico.
_____ NO quiero recibir soporte vital.

5. Instrucciones generales.

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

_____ No quiero que prolonguen mi vida con el soporte vital. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como soporte vital. Quiero que mis médicos me permitan morir de forma natural si mi médico y otro médico capacitado confirman que presento alguna de las situaciones médicas descritas en los puntos 1 a 4 anteriormente.

6. Condiciones o instrucciones adicionales. (Agregue una descripción de lo que desea que se haga).

PARTE C: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

7. Otros documentos. Un poder para la atención médica es un documento que puede firmar para designar a un representante con la finalidad de que se encargue de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Firmé anteriormente un poder para la atención médica. Quiero que siga vigente salvo que haya designado a un representante para la atención médica después de firmar el poder para la atención médica.
_____ Tengo un poder para la atención médica y lo quiero REVOCAR.
_____ NO tengo un poder para la atención médica.

(Fecha)

FIRME AQUÍ PARA DAR LAS INSTRUCCIONES

(Firma)

PARTE D: DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Declaramos que la persona que firma estas instrucciones anticipadas:

- (a) Es alguien que conocemos personalmente o que ha proporcionado un comprobante de su identidad.
- (b) Firmó o reconoció su firma en las instrucciones anticipadas en nuestra presencia.
- (c) Parece estar en su sano juicio y no encontrarse bajo coacción, fraude ni una influencia indebida.
- (d) No nos designó a ninguno de nosotros como su representante para la atención médica ni como representante suplente.
- (e) No es un paciente de ninguno de nosotros como médico especialista.

Atestiguado por:

[Firma del testigo/fecha]

(Nombre del testigo en letra de molde)

[Firma del testigo/fecha]

(Nombre del testigo en letra de molde)

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Uno de los testigos no debe tener un vínculo (por consanguinidad, matrimonio o adopción) con la persona que firma las instrucciones anticipadas. Ese testigo tampoco debe tener derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona después de su muerte. A su vez, ese testigo tampoco debe poseer, administrar ni ser empleado en un centro de atención médica donde la persona sea paciente o residente.

PARTE E: ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Acepto esta designación y acepto desempeñarme como representante para la atención médica. Entiendo que debo actuar de forma coherente con los deseos de la persona que represento, según se expresa en estas instrucciones anticipadas o se me haya expresado de otro modo. Si no conozco los deseos de la persona que represento, tengo el deber de actuar según lo que de buena fe considero que es mejor para esa persona. Entiendo que este documento me permite decidir sobre la atención médica de dicha persona únicamente cuando ella no pueda hacerlo. Entiendo que la persona que me designó puede revocar esta designación. Si me entero de que este documento se suspendió o revocó, se lo informaré al proveedor de atención médica actual de la persona, si lo conozco.

(Firma del representante para la atención médica/fecha)

(Nombre en letra de molde)

(Firma del representante suplente para la atención médica/fecha)

(Nombre en letra de molde)