

Directivas médicas por adelantado

Usted tiene derecho a dar instrucciones con respecto a su propia atención médica.



Siga estos pasos para informar a los demás sobre a lo que usted prefiere con respecto a su atención médica

1

Seleccione una persona para que tome decisiones sobre su atención médica

2

Expresé sus deseos y valores

3

Comunique sus preferencias en el formulario adjunto de directivas médicas por adelantado

Cómo se empieza

Una directiva médica por adelantado es un documento legal sobre las decisiones con respecto a la atención médica. Dicho documento tiene dos partes importantes. La primera parte le permite seleccionar una persona que tome decisiones sobre su atención médica y que hable en su nombre si no le es posible expresar sus deseos. La segunda parte le permite explicar el apoyo médico que usted desea recibir o lo que no desea recibir si se enfermase de manera grave.

Son importantes las decisiones que usted tome con respecto a su atención médica. El Presbyterian Healthcare Services cree que la atención médica que usted reciba debe reflejar sus deseos, dentro de lo posible. Recomendamos enfáticamente que usted hable con su(s) proveedor(es) de servicios médicos y con su familia y sus amigos sobre sus decisiones.

Cuando usted esté considerando la planificación con antelación de su atención médica:

- Acuérdesse que usted no tiene que llenar el formulario adjunto. Si utiliza ese formulario, puede tachar, llenar o enmendar cualquier parte del mismo. Además, usted puede utilizar otro formulario.

Si desea utilizar este formulario la información que se presenta a continuación es importante:

- La primera parte del formulario le permite seleccionar una persona que tome decisiones sobre su atención médica y dos suplentes o personas de apoyo.
- La segunda parte del formulario le hace preguntas específicas sobre el tipo de atención médica que usted desee recibir o lo que no desea recibir.
- No deje de firmar el formulario de la directiva médica por adelantado y apuntar la fecha.
- Si usted tiene preguntas acerca de este formulario, su proveedor de servicios médicos se las puede contestar.

No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas" en una directiva médica por adelantado. Cada persona toma decisiones que sean apropiadas para ellos mismos, provenientes de sus creencias, su fe y sus valores personales.

1

Seleccione una persona para que tome decisiones sobre su atención médica

Una persona que toma decisiones sobre su atención médica es una persona o unas personas que usted seleccione para tomar decisiones médicas en su nombre si usted mismo no puede hacer sus propias decisiones. Se requiere que tomen decisiones consistentes con los deseos que usted haya indicado.

La persona que usted haya designado para tomar decisiones sobre su atención médica no tendrá permiso de tomar decisiones en su nombre ni tendrá acceso a sus expedientes médicos a menos que:

- Usted no pueda tomar sus propias decisiones. Esa determinación la hace su médico u otros integrantes del personal médico.
- Usted le conceda ese derecho inmediatamente. Eso quiere decir que usted permite que la persona que haya seleccionado para tomar decisiones médicas en su nombre puede empezar a llevar a cabo dicha responsabilidad aún si usted tiene la capacidad de hacerlo.

Una vez que se ponga en vigor el permiso para que dicha persona tome decisiones médicas en su nombre, podrá tomar todas las decisiones sobre su atención médica en su nombre a menos que usted restrinja su autoridad.

- Si usted desea restringir las decisiones que se permita que tome la persona que usted haya designado para tomar decisiones sobre su atención médica, ese formulario proporciona un lugar para hacerlo.

Usted puede cambiar la persona que haya seleccionado para tomar decisiones sobre su atención médica o puede cancelar a la autoridad de esa persona.

- Para hacer eso, destruya todos los formularios que haya llenado anteriormente o revoque por escrito toda instrucción previa. Luego llene un formulario nuevo con la fecha actual e identifique la persona nueva o las personas nuevas que usted haya seleccionado como su(s) representante(s) para tomar decisiones médicas en su nombre.

Los factores importantes que se deben tener en cuenta al seleccionar una persona que tome decisiones sobre su atención médica:

- Seleccione una persona mayor de 18 años de edad que sea capaz y esté dispuesta a cumplir esa responsabilidad.
- Seleccione una persona o unas personas que estén dispuestas a defender las decisiones que usted haya tomado.
- Seleccione una persona que viva dónde vive usted, si le es posible, para que estén a su disposición para ayudarle.
- Seleccione representantes suplentes para tomar decisiones sobre su atención médica por si acaso no está disponible la persona que usted haya elegido en primer lugar.
- NO seleccione a una persona específica (por ejemplo, un familiar) sencillamente porque le parece que es correcto hacerlo. Para algunas personas, un familiar es la mejor opción. Para otras personas, tal vez los familiares estén involucrados de manera demasiado sentimental.
- NO seleccione a su proveedor de servicios médicos, un empleado de una institución clínica donde usted reciba atención médica ni el propietario, un funcionario o un empleado de un centro clínico residencial o de salud, a menos que sea un familiar suyo.

Es muy importante que usted informe a su familia, a sus amigos y a su(s) proveedor(es) de servicios médicos de la persona que usted haya nombrado para tomar decisiones sobre su atención médica.

Expresar sus deseos y valores

La calidad de la vida

Si usted proporciona instrucciones específicas con respecto a sus decisiones para la atención médica ayudará a sus seres queridos a estar al tanto del tipo de atención médica que usted desea recibir o lo que no desea recibir. Todo tratamiento médico tiene beneficios y desventajas; sólo usted puede decidir qué tratamiento le conviene más a usted. Cuando llene la segunda parte del documento de la directiva médica por adelantado, es importante que tome en cuenta sus valores personales y su estado de salud actual. Es importante pensar qué significa para usted la "calidad de la vida".

Su directiva médica por adelantado se puede redactar muy detalladamente o sin muchos detalles, según desee usted.

Muchas de las personas que han redactado una directiva médica por adelantado anotan sus deseos referentes a lo siguiente:

Reanimación cardiopulmonar (RCP): Si de repente su corazón deja de latir, tal vez los médicos puedan reanimarlo aplicando presión intermitente en su pecho e insertando un tubo de respiración. Además, le pueden dar un shock eléctrico que se denomina "defibrilación" y administrar medicamentos especiales. Algunas personas se recuperan completamente después de recibir la RCP. Sin embargo, hay situaciones en que algunas personas no se recuperan después de recibir la RCP y sufren una complicación, por ejemplo, daño cerebral permanente si sobreviven. Eso sucede con mayor frecuencia en las personas que padecen de una enfermedad grave y avanzada. Usted debe hablar con su proveedor de servicios médicos sobre las complicaciones que pudiera producir la RCP y debe decidir lo que es mejor para usted. **Si usted decide que no se le debe hacer la RCP, hable con su médico para que llene un formulario de orden de no reanimar (ONR).**

Tubos de respiración: Si usted deja de respirar o si le es muy difícil respirar, se le puede conectar a una máquina a fin de que respire para usted. Cuando sucede eso, se inserta y se baja un tubo por su garganta hasta que llegue a sus pulmones. Luego se conecta el tubo a un "ventilador" o máquina de respiración. Mientras esté insertado el tubo no le será posible comer y se le deberán administrar medicamentos para que permanezca dormido. A veces los tubos de respiración se necesitan por poco tiempo, por ejemplo, después de una infección pulmonar. Al tomar la decisión con respecto a los tubos de respiración, piense en lo que le convenga más a usted. Tal vez decida permitir que se utilicen tubos de respiración si se espera que el tratamiento sea de corto plazo, pero no si se utilizan a largo plazo. Su proveedor de servicios médicos puede contestar las preguntas que usted tenga tocante a los tubos de respiración.

Sondas nasogástricas: Las sondas nasogástricas se pueden utilizar tanto a corto plazo como a largo plazo. Una sonda nasogástrica temporal, que se denomina un tubo NG, se inserte por la nariz hasta que llegue al estómago. Si la sonda nasogástrica se utiliza a largo plazo, requiere que se inserte con cirugía. Las sondas nasogástricas pueden ayudar a mantener el cuerpo de una persona mientras se cura de una enfermedad y ayuda a fortalecer el cuerpo. Sin embargo, también le pueden mantener vivo por largo tiempo aunque no haya la posibilidad de que se recupere. Además, es importante saber que cuando el cuerpo empieza a dejar de funcionar, tal vez no le sea posible utilizar los nutrientes que provee la sonda nasogástrica. Eso puede producir inflamaciones del cuerpo y malestar. Su proveedor de servicios médicos puede contestar las preguntas que usted tenga tocante a las sondas nasogástricas.

3

Comuníquese sus preferencias en el formulario adjunto de directivas médicas por adelantado

Llene la directiva médica por adelantado adjunta. No deje de firmar y anotar la fecha en el formulario.

- Guarde el formulario original.
- Proporcione una copia a la(s) persona(s) que usted haya designado para tomar decisiones sobre su atención médica.
- Proporcione una copia a su(s) proveedor(es) de servicios médicos.
- Guarde copias extras para tenerlas si se hospitaliza.
- Si quiere, puede darle copias a otras personas (clero, abogados, amigos y familiares).

Términos y definiciones:

Las directivas por adelantado: Las directivas por adelantado le ayudan a comunicar claramente lo que usted desea si se lastima o se enferma y no puede hablar en su propio nombre. Las directivas por adelantado también se denominan: testamento en vida, directiva con respecto a la atención médica, directiva médica por adelantado, poder notarial para la atención médica y poder notarial permanente.

La persona designada para tomar decisiones sobre la atención médica: Si usted se lastima o se enferma y no puede hablar en su propio nombre, esa es la persona o las personas que tomarán las decisiones médicas en su nombre.

El agente: Otro nombre para la persona que se haya designado a fin de tomar decisiones sobre la atención médica.

El poder notarial para cuestiones financieras: Usted puede designar a una persona a fin de que tome decisiones sobre las cuestiones financieras en su nombre. Dicha persona tendrá acceso a su información financiera (de dinero). Este proceso es diferente y se hace por separado del nombramiento de una persona para tomar decisiones sobre la atención médica.

Preguntas frecuentes:

¿Podrá tomar decisiones en mi nombre con respecto al dinero la persona que haya designado para tomar decisiones sobre mi atención médica?

No, a menos que usted llene un formulario de poder notarial que le conceda a su agente los derechos de hacer decisiones en su nombre con respecto a las cuestiones financieras y de propiedades.

¿Qué es un formulario de ONR?

ONR son las siglas de "orden de no reanimar". Algunas personas no quieren que se tomen medidas para que vuelva a latir su corazón (reanimación) si deja de latir. Si así lo desea, pida que un médico llene un formulario de ONR. Eso es una orden firmada por un médico. Dicha orden avisa a los demás que NO deben intentar la reanimación cardiopulmonar (RCP) si deja de latir el corazón de la persona.

¿Permanece en vigor mi directiva por adelantado si viajo a otros estados?

Puede ser que cada estado tenga normas diferentes. Debe informarse sobre las normas que rigen en los estados donde planea viajar.

¿Puedo cambiar alguna de las decisiones que haya tomado en mi directiva médica por adelantado?

Usted puede efectuar cambios en todo momento. Para hacerlo, debe destruir todos los formularios que haya llenado anteriormente o revocar por escrito toda instrucción que haya escrito previamente. Luego llene un formulario nuevo con la fecha actual y su firma y siga las instrucciones que se encuentran bajo el paso #3.

Directiva médica por adelantado: primera parte



SELECCIÓN DE UNA PERSONA PARA QUE TOMÉ DECISIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA

En algún momento en el transcurso de la vida a lo mejor usted no pueda tomar sus propias decisiones referentes a sus tratamientos y su atención médica.

Si usted selecciona una persona con antelación para que tome decisiones en su nombre quiere decir que:

1. Selecciona alguien que entienda sus valores y que sepa lo que usted desea y
2. El personal de atención médica que le atiende sabrá quién usted prefiere para tomar decisiones sobre su atención médica.

INFORMACIÓN IMPORTANTE CON RESPECTO A LA PERSONA QUE TOMÉ DECISIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA

Cuando usted seleccione a la persona que tome decisiones sobre su atención médica es importante que sepa:

- NO se permitirá que la persona que usted haya seleccionado para que tome decisiones sobre su atención médica decida en su nombre a menos que el personal médico que le atiende determine que a usted le falta la capacidad de tomar sus propias decisiones.
- Si usted RECUPERASE SU CAPACIDAD, podrá tomar de nuevo sus propias decisiones.
- Usted puede CAMBIAR o REVOCAR en cualquier momento la autoridad que le haya otorgado a la persona para que tome decisiones sobre su atención médica con tal que usted tenga la capacidad para hacerlo.
- Si usted desea, puede seleccionar ahora a una persona que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre, aunque usted todavía tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Designación de la persona que tome decisiones sobre mi atención médica (agente)

Con este formulario selecciono a la persona, y si no está disponible, a otras personas que quiero que tomen decisiones sobre mi atención médica en mi nombre. Tengo entendido que no puedo seleccionar al propietario ni a un funcionario ni un empleado de una institución clínica (por ejemplo, mi médico o enfermero/a) donde esté recibiendo atención médica A MENOS QUE tenga parentesco consanguíneo o por un matrimonio con dicha persona.

Designo a la persona siguiente como mi agente a fin de que tome decisiones sobre mi atención médica en mi nombre:

_____ (nombre)

_____ (domicilio)

_____ (número de teléfono)

_____ (otro número de teléfono)

Si la persona que he designado para que tome decisiones sobre mi atención médica no puede o no está dispuesta a tomar dichas decisiones o si revoco la autoridad que le concedí, designo a las personas siguientes como suplentes para que tomen decisiones sobre mi atención médica, según se indica a continuación:

Primer suplente:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Otro número de teléfono: _____

Segundo suplente:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Otro número de teléfono: _____

Usted puede revocar su selección de la persona que haya designado para tomar decisiones sobre su atención médica. UTILICE LA CONTRACARA DE ESTE FORMULARIO A FIN DE ESTABLECER LA AUTORIDAD QUE LE CONCEDE A LA PERSONA QUE USTED HAYA DESIGNADO PARA TOMAR DECISIONES

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO

LA AUTORIDAD QUE LE CONCEDO A LA PERSONA QUE HE DESIGNADO PARA TOMAR DECISIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, tengo entendido que con este formulario puedo limitar la autoridad de toda persona que haya designado para tomar decisiones sobre mi atención médica. Si decido no limitar la autoridad de la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica, dicha persona podrá decidir TODAS las cuestiones sobre mi atención médica en mi nombre.

I. Quiero que entre en vigor la autoridad de la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica:

(Escriba sus iniciales en la opción que usted prefiera a continuación)

_____ Cuando mi médico principal o el médico que me atienda y otro integrante certificado del personal médico que me atienda determine que me falta la capacidad para entender los riesgos y los beneficios de los tratamientos médicos (la capacidad). Tengo entendido que si recupero mi capacidad, podré tomar de nuevo mis propias decisiones referentes a mi atención médica.

_____ Entra en vigor inmediatamente la autoridad de la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica aunque todavía tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones en este momento.

II. Las limitaciones que restringen la autoridad de la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica son:

(Escriba sus iniciales en la opción que usted prefiera a continuación)

_____ No hay limitaciones. Quiero que la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica pueda decidir todo, incluso:

- Los análisis y tratamientos
- Las cirugías
- Los medicamentos
- Las necesidades con respecto a los servicios de enfermería y de atención médica en casa
- Las órdenes de no reanimar
- Los tratamientos médicos que salven la vida o la prolonguen
- Proporcionar o retirar la hidratación y nutrición artificial

_____ Limitaciones. Quiero que se limite la autoridad de la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica de las maneras siguientes:

Tengo entendido que debo repasar estas decisiones con mis médicos a fin de que ayuden a cerciorarme de que el personal médico que me atienda comprendan las selecciones que he hecho.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO

Directiva médica por adelantado: segunda parte

DESEOS Y VALORES

A continuación indico instrucciones específicas para la persona que he designado a fin de que tome decisiones sobre mi atención médica (agente) o para el(los) médico(s) que me esté(n) atendiendo, o ambos:

Si usted está de acuerdo con las declaraciones que se presentan a continuación, escriba sus iniciales en la línea al lado de la declaración:

Las instrucciones:

_____ Prefiero no proporcionar instrucciones por escrito. La persona que he escogido para tomar decisiones sobre mi atención médica hará las decisiones a partir de mis instrucciones orales o lo que se considere en mi mejor interés.

1. Poner fin a las medidas que prolongan la vida:

_____ Si es probable que haya llegado a un punto que no me sea posible recuperar mi capacidad de interactuar de manera significativa con mi familia, amigos y ambiente, quiero que se ponga fin o se retiren completamente todos los tratamientos que se puedan utilizar para prolongar mi existencia, menos las medidas de comodidad con fines paliativos. Los tratamientos que no deseo recibir si llegase a dicho punto abarcan, entre otros, las sondas nasogástricas, la hidratación intravenosa, las máquinas de respiración o los ventiladores y los antibióticos.

2. El control del dolor y los síntomas:

_____ Si he llegado al punto de poner fin a las medidas que prolongan mi vida, quiero recibir tratamientos médicos y atención de enfermería con el fin de estar cómodo. Lo siguiente es importante para que esté cómodo:

3. La reanimación cardiopulmonar (RCP):

_____ Quiero que se lleve a cabo la RCP a menos que mi médico determine uno de los factores siguientes:

- He sufrido una lesión o enfermedad incurable y me estoy muriendo; O
- Tengo poca o ninguna probabilidad de sobrevivir a largo plazo si deja de latir mi corazón y el proceso de reanimación produciría un nivel de sufrimiento considerable.

_____ Quiero que se lleve a cabo la RCP si deja de latir mi corazón, aunque no haya mucha probabilidad de sobrevivir.

_____ No quiero que se lleve a cabo la RCP si deja de latir mi corazón, en vez deseo que me permitan fallecer naturalmente.

4. Otras instrucciones o limitaciones que quiero que siga la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica:

5. Si es posible, prefiero que me cuiden en el siguiente lugar:

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO

6. **Al acercarme a la muerte, deseo lo siguiente: (Indique el tipo atención, ceremonias, etc., que sean importantes para usted.)**

7. **Quiero que la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica incluya a las personas que se indican a continuación en el proceso de hacer decisiones:**

Pido que la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica procure, dentro de lo razonable, incluir a las personas que se indican a continuación en las decisiones referentes a mi atención médica, si hay tiempo; sin embargo, tengo entendido que todas las decisiones finales las debe tomar la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica.

8. **La fe**

Soy de la fe _____ y soy integrante de una congregación, una sinagoga o un grupo de devoción. El número de teléfono de dicho grupo es _____.
Le ruego que intente avisarles.

9. **Los expedientes médicos:**

Al fallecer, quiero que las personas que se indican a continuación tengan acceso a mis expedientes médicos

10. **La donación de mis órganos o tejid:**

_____ Permito que se donen mis órganos o tejidos, si soy candidato para eso.

_____ No quiero que se donen ninguno de mis órganos o tejidos.

_____ Permito que se donen sólo los órganos o tejidos que se indican a continuación, si es posible:

_____ Prefiero que decida la persona que he designado para tomar decisiones sobre mi atención médica.

Firma

Fecha

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

 **PRESBYTERIAN**

DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO