

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE:

Escriba su nombre en letra de molde

Fecha

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Esta Guía Para la Planificación Anticipada de la Atención Médica

- Le ayudará a pensar sobre quién desea que tome decisiones médicas por usted si acaso no puede hacerlo por su cuenta. Puede usar esa información para llenar un formulario de Poder legal para la atención médica (Medical Power of Attorney) e indicar el nombre de la persona que tomará sus decisiones médicas. Esta guía no debe sustituir un formulario de Poder legal para la atención médica y no podrá nombrar a nadie en esta guía como la persona que tomará las decisiones médicas por usted.
- Le ayudará a pensar y escribir sus propios deseos de atención médica ahora. Así, la persona encargada de tomar decisiones médicas por usted sabrá cuáles son sus deseos si se enferma con una enfermedad terminal o irreversible de la cual no puede recuperarse y no puede hablar, escribir o expresar sus pensamientos. También puede usar esta guía como sus Instrucciones para médicos y familiares o personas suplentes (Directive to Physicians and Family or Surrogates), que también se conoce como testamento vital. Una “persona suplente” es otro nombre que se usa para indicar a la persona encargada de tomar sus decisiones médicas.

¿Por qué debo tener un Poder legal para la atención médica?

En el Poder legal para la atención médica usted indica el nombre de un adulto de su confianza para que tome las decisiones médicas por usted si no pudiera hacerlo. Si no llena un formulario de Poder legal para la atención médica, las leyes de Texas

asignarán a un miembro de la familia para que tome las decisiones por usted. Si no tiene familiares que tomen decisiones por usted, un miembro del clero o el médico a cargo de sus cuidados y cualquier otro médico que sea miembro del comité de ética del hospital puede tomar dichas decisiones por usted.

¿Por qué debo tener un documento de Planificación anticipada de la atención médica?

Tendrá la capacidad para decidir los tratamientos que desea recibir si se enferma de tal grado que no se pudiera recuperar ni expresarse. De esta manera ayudará a que su familia y las personas que lo cuidan sepan cuáles son sus deseos. Así, nadie tendrá que adivinar lo que usted desea, incluidos sus médicos.

Si sus familiares *no saben* cuáles son sus deseos con respecto a los tratamientos médicos, se podría crear una carga emocional y espiritual en ellos.

Si está gravemente enfermo, se pueden crear emociones muy intensas entre sus familiares. Estas emociones intensas pueden dificultarles tomar buenas decisiones.

Si su familia *sabe lo que usted desea* antes de que presente una enfermedad muy grave, estarán mejor equipados para lidiar mejor con la situación que las familias de pacientes que no poseen un plan.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas o necesito ayuda para llenar un formulario de Planificación anticipada de la atención médica o Poder legal para la atención médica?

Nuestro personal puede ayudarle a llenar estos documentos. Este servicio es gratuito. Ninguno de los dos formularios requiere la ayuda de un abogado, pero debe hablar con su abogado si tiene preguntas legales.

¿Qué debo hacer después de llenar un formulario de Planificación anticipada de la atención médica o Poder legal para la atención médica?

Haga copias y entrégueselas a las personas que lo cuidan: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes, familia, su representante de atención médica y amigos, para que sepan cuáles son sus deseos. Su plan no debe ser un secreto para aquellos que estarán involucrados en su futura atención médica.

SI DESEA LLENAR UN FORMULARIO DE PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA, PIENSE EN QUIÉN DESEA QUE SEA SU REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

¿A quién debo elegir como mi representante de atención médica?

Un familiar o un amigo o una persona de su confianza:

- Que tenga por lo menos 18 años de edad.
- Que lo conozca bien y pueda estar presente cuando usted lo necesite.
- En quien pueda confiar para que cumpla con sus deseos y pueda decirles a los médicos las decisiones que usted comunicó en esta hoja informativa.
- Que esté dispuesto a actuar como su representante. Debe preguntarle a esta persona si está dispuesto a servir de representante antes de que lo nombre en su Poder legal para la atención médica.

Su representante no puede ser su médico ni nadie que trabaje en su hospital, clínica, agencia de atención médica, hogar de reposo o una instalación residencial de atención médica, a menos que sea un familiar.

Es posible que una persona no desee actuar como su representante si cree que será responsable de sus cuentas médicas. Actuar como su representante no responsabiliza a esa persona por sus cuentas médicas.

¿Cuándo puede mi representante de atención médica tomar decisiones por mí?

Esto sólo puede ocurrir cuando usted ya no pueda tomar sus propias decisiones.

¿Qué tipos de decisiones puede tomar mi representante?

El representante puede decidir cuáles médicos lo atenderán, en cuáles instalaciones médicas le darán tratamiento o a cuáles lo trasladarán, y cuáles tratamientos recibirá, como:

1. Respiradores que bombean aire dentro y fuera de los pulmones.
2. Máquinas de diálisis que limpian la sangre cuando los riñones dejan de funcionar.
3. Máquinas para el corazón que apoyan o reemplazan al corazón cuando ya no funciona.
4. Sondas en el estómago para la alimentación artificial.
5. Transfusiones de sangre.
6. Cirugías.

El representante también puede decidir si morirá en la casa, en un hogar de reposo, en un hospicio, en otros centros de atención de enfermería, etc.

¿Hay límites en las decisiones o elecciones que puede tomar mi representante por mí?

Su agente debe, por ley, comunicar a sus médicos cuáles son sus deseos con respecto a los tratamientos y no debe revertir las decisiones que usted ya haya tomado. Su representante no puede limitar ni suspender el uso de medicamentos para el dolor.

He decidido quién actuará como mi representante de atención médica y esa persona ha decidido hacerlo, ¿qué debo hacer ahora?

Llene un formulario de Poder legal para la atención médica que se proporciona en esta hoja informativa. Después, use el resto de esta hoja para ayudar a planear en caso de que se enferme de tal grado que no pueda reponerse de dicha enfermedad. Hable sobre sus decisiones con su representante y con su familia.

SI DESEA QUE ESTA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE ATENCIÓN MÉDICA SIRVA COMO SUS INSTRUCCIONES PARA MÉDICOS Y FAMILIARES O PERSONAS SUPLENTE (TESTAMENTO VITAL), PIENSE EN LO SIGUIENTE:

¿Qué es lo más importante para mí en la vida si llegara a estar gravemente enfermo?

Piense qué es lo más importante para usted en la vida si está sumamente enfermo con una enfermedad terminal o irreversible y los médicos no pueden curarlo. En las líneas siguientes, escriba una X al lado de las opciones que se apliquen a usted para que las personas que lo cuidan no tengan que adivinar.

1. Para mí, vale la pena vivir solamente si puedo:

- hablar con mi familia y mis amistades.
- despertar de un estado de coma.
- comer, bañarme o cuidarme por mi cuenta.
- vivir sin dolor.
- vivir sin estar conectado a una máquina.

2. Para mí, siempre vale la pena vivir independientemente de la intensidad del dolor o la enfermedad que pueda tener.

3. Si me estoy muriendo, es importante para mí estar:

- en casa en una instalación no estoy seguro

¿Qué tratamientos médicos quiero o no quiero recibir si estoy tan enfermo que nunca me recuperaría de mi enfermedad?

Si está enfermo, sus médicos y enfermeros tratarán siempre de mantenerlo cómodo y sin dolor. Piense en los tratamientos que aceptará o no aceptará si estuviera tan enfermo que los médicos no pudieran curarlo.

Después de que haya leído las siguientes opciones del 1 al 5, escriba una X al lado de la opción que considera más aceptable:

1. Mis médicos deben probar todos los tratamientos destinados a apoyar la vida que crean que me pueden ayudar. Si los tratamientos no dan resultado y hay muy poca o ninguna esperanza de mejorarme, entonces deben suspenderlos.
2. Mis médicos deben probar todos los tratamientos destinados a apoyar la vida que crean que me pueden ayudar. Si los tratamientos no dan resultado y hay muy pocas esperanzas de una recuperación, todavía quiero mantenerme conectado a máquinas que me mantendrían con vida.
3. No deseo recibir ningún tratamiento destinado a apoyar la vida ni estar conectado

a máquinas si hay poca o ninguna esperanza de recuperarme.

4. Mis médicos deben probar todos los tratamientos destinados a apoyar la vida que crean que me pueden ayudar, pero no estos tratamientos.

Marque lo que no quiere.

- sonda estomacal para la alimentación
- diálisis (máquina para la insuficiencia renal [los riñones])
- transfusión de sangre
- respirador
- máquina para el corazón
- choque eléctrico
- medicamentos administrados por suero para mantener el funcionamiento del corazón
- cirugía
- otros tratamientos _____

5. Quiero que mi representante de atención médica (si he llenado un formulario de *Poder legal para la atención médica*), o la persona designada para tomar las decisiones por mí según las leyes de Texas, decida por mí.

¿Qué otras cosas deseo si estoy tan enfermo que nunca podría recuperarme?

Otras opciones de atención médica: Quiero que las personas que me cuidan sepan lo siguiente sobre las opciones que he elegido.

Información espiritual: Quiero que las personas que me cuiden sepan lo siguiente sobre mi religión, fe o espiritualidad.

Pensamientos y sentimientos personales:

Si estoy a punto de morir y no puedo hablar, quiero que las personas que me cuidan sepan los siguientes pensamientos y forma de sentir.

Cuidado espiritual final: Si estoy a punto de morir y no puedo hablar, quiero los siguientes tipos de cuidados espirituales, ceremonias o rituales.

¿Qué sucede si cambio de parecer sobre lo que deseo después de llenar este formulario de Planificación anticipada de la atención médica o el Poder legal para la atención médica?

Si cambia de parecer acerca de sus deseos, deberá llenar formularios nuevos. Dígales a quienes le cuidan si ha hecho cambios y muéstreles los formularios nuevos.

ANTES DE QUE TERMINE, ASEGÚRESE DE ENTENDER LO SIGUIENTE:

Esta hoja informativa, si la firmo y se atestigua o notariza a continuación, actuará como mis Instrucciones para médicos y familiares o personas suplentes (testamento vital).

No puedo nombrar a nadie en este documento como mi representante de atención médica. Si lleno el formulario de Poder legal para la atención médica, debo adjuntarlo a este documento.

Firma y Testigos/Notario:

Mediante mi firma a continuación, asigno este documento como mis Instrucciones para médicos y familiares o personas suplentes, que también se llama testamento vital.

Si he nombrado a alguien en el formulario de Poder legal para la atención médica para que sea mi representante para la atención médica y esta persona no está disponible, o si no he designado a dicha persona, entiendo que las leyes de Texas estipulan que se nombrará a una persona para tomar las decisiones de atención médica por mí.

Si, según el criterio de mi médico, mi muerte es inminente y ocurrirá al cabo de unos minutos o unas horas, aun con el uso de todos los tratamientos disponibles para la atención médica proporcionados de conformidad con las normas prevalecientes de atención médica, reconozco que se retendrán o suspenderán todos los tratamientos excepto los que sean necesarios para mantener mi comodidad.

Entiendo que en virtud de las leyes de Texas, este testamento vital no tendrá vigencia si me han diagnosticado de estar embarazada. Este testamento vital se mantendrá en vigor hasta que yo lo revoque. Ninguna otra persona podrá hacerlo.

Firma

Fecha

Ciudad, Condado y Estado de Residencia

Opción 1: Firma en Presencia de Dos Testigos:

Dos testigos adultos capacitados deberán firmar a continuación para dar constancia de la firma del paciente. El testigo designado como 1er testigo no puede ser la persona nombrada para tomar las decisiones de tratamiento del paciente y no puede estar relacionado con dicho paciente por consanguinidad o matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la herencia del paciente ni haber presentado una reclamación en virtud de dicha herencia. El testigo no puede ser el médico a cargo del paciente ni un empleado de dicho médico. Si este testigo fuera un empleado de la instalación de atención médica donde se cuida del paciente, dicho testigo no podrá participar directamente en la atención médica del paciente. Este testigo no puede ser un funcionario, director, socio ni empleado de oficina de la instalación médica que cuida del paciente ni de la organización matriz de dicha instalación.

1 Er Testigo

2 O Testigo

Opción 2: Firma en Presencia de Un Notario Público:

Estado de Texas

Condado de _____

Este instrumento se reconoció ante mí el

_____, 20____

por _____ .
(Nombre en letra de molde)

(Firma del Notario Público)

(Sello Personalizado)