

INSTRUCCIÓN ANTICIPADA

NO ES NECESARIO QUE COMPLETE Y FIRME ESTE FORMULARIO

PARTE A: INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ESTA INSTRUCCIÓN ANTICIPADA

Este documento es de importancia legal. Puede regir decisiones críticas sobre su atención de salud. Antes de firmarlo, considere estos datos importantes:

Datos sobre la PARTE B (designación de un representante de atención de salud)

Tiene derecho a designar a una persona para que decida sobre su atención de salud cuando usted no pueda hacerlo. Esta persona se conoce como su representante de atención de salud. Puede hacerlo completando la PARTE B de este formulario. Su representante debe aceptar la PARTE E de este formulario.

En este documento, puede escribir todas las restricciones que quiera sobre cómo el representante tomará las decisiones por usted. Su representante debe respetar todos sus deseos según se indiquen en este documento o de cualquier otra forma. Si no se conocen sus deseos, su representante debe intentar actuar en su máximo beneficio. El representante puede renunciar en cualquier momento.

Datos sobre la PARTE C (Instrucciones de atención de salud)

También tiene derecho a dar instrucciones a los proveedores de atención de salud para que las cumplan en caso de que no pueda decidir sobre su atención. Puede hacerlo completando la PARTE C de este formulario.

Datos para completar este formulario

Este formulario solo es válido si lo firma de forma voluntaria y cuando esté en pleno uso de las facultades mentales. Si no quiere una instrucción anticipada, no es necesario que firme este formulario.

A menos que haya indicado un límite para la duración de la instrucción, esta no caducará. Si estableció una fecha de caducidad y pierde la capacidad de tomar decisiones sobre la atención de salud antes de dicha fecha, la instrucción anticipada no caducará hasta que pueda volver a hacerlo.

Puede revocar este documento en cualquier momento. Para hacerlo, notifique su decisión a su representante y proveedor de atención de salud.

Independientemente de este documento, tiene derecho a tomar decisiones sobre su propia atención de salud mientras pueda hacerlo.

Si no entiende alguna parte de este documento, solicítele a un abogado que se la explique.

Puede firmar la PARTE B, la PARTE C o ambas. Puede tachar las palabras que no expresen lo que usted quiere o agregar palabras que lo expresen mejor. Los testigos deben firmar la PARTE D.

Indique su nombre, fecha de nacimiento y dirección a continuación:

(Nombre)

(Fecha de nacimiento)

(Dirección)

A menos que esta instrucción anticipada se revoque o suspenda, tendrá la siguiente duración:

COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Toda mi vida.

_____ Otro plazo (_____ años).

PARTE B: DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE SALUD

Designo a _____ como mi representante de atención de salud.

La dirección del representante es _____

y su número de teléfono es el _____ .

Designo a _____ como mi representante de atención de salud alternativo. La dirección del representante alternativo es _____ y su número de teléfono es el _____ .

Autorizo a mi representante (o al representante alternativo) a tomar decisiones sobre mi atención de salud cuando yo no pueda hacerlo.

NOTA: Usted no puede designar a su médico, a un empleado de este, o al propietario, administrador o empleado de su centro de salud, a menos que tenga un vínculo de sangre, matrimonio o adopción con esa persona, o que esa persona haya sido designada antes de que lo admitan al centro de salud.

PARTE B: DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE SALUD
(CONTINUACIÓN)

1. Límites

Condiciones o instrucciones especiales: _____

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

_____ He establecido una Instrucción de atención de salud o Directiva para los médicos.
Mi representante debe cumplirla.

2. Soporte vital

El término “soporte vital” se refiere a los medios médicos para mantener la vida, incluidos los procedimientos, dispositivos y medicamentos. Si rechaza el soporte vital, se aplicarán medidas de rutina para mantener su higiene y comodidad.

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

_____ Mi representante PUEDE tomar decisiones sobre el soporte vital en mi nombre.
(Si no coloca sus iniciales en este espacio, 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 a través de un dispositivo médico, conocido como sonda de alimentación.

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

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

(Fecha)

FIRME AQUÍ PARA DESIGNAR UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE SALUD

(Firma de la persona que hace la designación)

PARTE C: INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN DE SALUD

NOTA: Al completar estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- La frase “según lo recomendado por mi médico” significa que quiere que su médico intente brindarle soporte vital si este cree que podría ser útil y luego interrumpirlo si no lo es para su afección o sus síntomas.
- Los términos “soporte vital” y “alimentación por sonda” se definen más arriba en la PARTE B.
- Si rechaza la alimentación por sonda, debe ser consciente de que probablemente sufra desnutrición, deshidratación o muera.
- Recibirá atención para mantener la higiene y la comodidad, independientemente de lo que elija.
- Puede brindar instrucciones específicas completando los puntos 1 a 4 más abajo. O bien, puede usar el punto 5 para proporcionar una instrucción general.

Estos son mis deseos con respecto a la atención de salud si mi médico y otro médico experto confirman que me encuentre en alguna de las condiciones médicas que se detallan a continuación:

1. Cerca de la muerte. Si estoy cerca de morir y el soporte vital solo postergaría ese momento, quiero lo siguiente:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir todos los tipos de soporte vital que correspondan.
_____ Quiero recibir soporte vital solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir soporte vital.

2. Estado de inconsciencia permanente. Si estoy inconsciente y es muy poco probable que algún día recupere la conciencia, quiero lo siguiente:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir todos los tipos de soporte vital que correspondan.
_____ Quiero recibir soporte vital solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir soporte vital.

PARTE C: INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN DE SALUD (CONTINUACIÓN)

3. Enfermedad progresiva avanzada. Si tengo una enfermedad progresiva que será letal y está en etapa avanzada, y no puedo hacer lo siguiente de forma constante y permanente: comunicarme por ningún medio, tragar alimentos o agua de forma segura, ocuparme de mí mismo y reconocer a mi familia y otras personas; y es muy poco probable que mi condición mejore de forma significativa, quiero lo siguiente:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir todos los tipos de soporte vital que correspondan.
_____ Quiero recibir soporte vital solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir soporte vital.

4. Sufrimiento extremo. Si el soporte vital no aliviará mi afección médica y me hará sufrir un dolor permanente e intenso, quiero lo siguiente:

A. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir todos los tipos de soporte vital que correspondan.
_____ Quiero recibir soporte vital solo según lo recomendado por mi médico.
_____ NO QUIERO recibir soporte vital.

5. Instrucción general

COLOQUE SUS INICIALES SI CORRESPONDE:

_____ No quiero que mi vida se prolongue con soporte vital. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como forma de soporte vital. Quiero que los médicos me permitan morir de forma natural si mi médico y otro médico experto confirman que me encuentro en alguna de las condiciones médicas indicadas en los puntos 1 a 4 más arriba.

6. Instrucciones o condiciones adicionales (describa lo que quiere que se haga).

PARTE C: INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN DE SALUD (CONTINUACIÓN)

7. Otros documentos. Un “poder legal de atención de salud” es cualquier documento que haya firmado para designar a un representante para que tome decisiones de atención de salud por usted.

COLOQUE SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____Anteriormente, he firmado un poder legal de atención de salud. Quiero que permanezca vigente, a menos que haya designado a un representante luego de firmar el poder legal de atención de salud.

_____Tengo un poder legal de atención de salud y LO REVOCO.

_____NO tengo un poder legal de atención de salud.

(Fecha)

FIRME AQUÍ PARA DAR INSTRUCCIONES

(Firma)

PARTE D: DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Declaramos que la persona que firma esta instrucción anticipada cumple con los siguientes requisitos:

- (a) Nos conoce personalmente o ha presentado documentación probatoria de su identidad.
- (b) Firmó la instrucción anticipada o reconoció la firma de esa persona en dicho documento ante nosotros.
- (c) Parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no está siendo forzada, cometiendo fraude o bajo influencia indebida.
- (d) No ha designado a ninguno de nosotros como representante de atención de salud o representante alternativo.
- (e) No es un paciente del cual uno de nosotros sea el médico a cargo de su atención.

Testigos:

(Firma del testigo/Fecha)

(Nombre en letra de imprenta del testigo)

(Firma del testigo/Fecha)

(Nombre en letra de imprenta del testigo)

NOTA: Uno de los testigos no debe ser pariente (de sangre, por matrimonio o por adopción) de la persona que firma esta instrucción anticipada. Dicho testigo tampoco debe tener derecho a recibir ninguna parte de la herencia de la persona luego de su muerte. Tampoco puede ser propietario, administrar o ser empleado de un centro de salud donde la persona sea paciente o residente.

PARTE E: ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN DE SALUD

Acepto esta designación y acepto desempeñarme como representante de atención de salud. Entiendo que debo actuar de forma congruente con los deseos de la persona que represento, según lo expresado en esta instrucción anticipada o lo informado de otra forma. Si desconozco los deseos de la persona que represento, tengo la obligación de actuar según lo que crea de buena fe que es lo mejor para esa persona. Entiendo que este documento me permite tomar decisiones sobre la atención de salud de esa persona solo mientras esta no pueda hacerlo. Entiendo que la persona que me designó puede revocar dicha designación. Si tengo conocimiento de que se suspendió o revocó este documento, se lo informaré al actual proveedor de atención de salud de la persona, si lo conozco.

(Firma del representante de atención de salud/Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)

(Firma de un representante de atención de salud alternativo/Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)