

Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud

Explicación

Usted tiene el derecho de dar instrucciones sobre su propia atención médica. Usted también tiene el derecho de nombrar a otra persona para que tome decisiones sobre su atención médica. Este formulario le permite hacer cualquiera de las dos o ambas cosas. Si utiliza este formulario, puede completar o modificar todo o parte de él. Usted cuenta con la posibilidad de utilizar un formulario diferente.

Instrucciones

La Parte 1 de este formulario le permite nombrar a otra persona como “agente” para que pueda tomar decisiones por usted sobre su atención médica en el caso de que usted resulte incapaz de tomar sus propias decisiones, o si desea que alguien más tome esas decisiones por usted en este momento aunque todavía sea capaz de tomarlas. Usted también puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre si su primera opción no consiente, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar decisiones en su nombre.

A menos que indique lo contrario en este formulario, su agente tendrá el derecho de:

1. Dar o retirar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una condición física o mental.
2. Seleccionar u optar por dejar de recibir servicios de prestadores de atención médica e instituciones.
3. Aprobar o desaprobado pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir la prestación, el mantenimiento o el retiro de nutrición o hidratación artificial, así como cualquier otra forma de atención médica, incluyendo la resucitación cardiopulmonar.
5. Donar sus órganos, tejidos y partes del cuerpo; autorizar una autopsia y disponer de sus restos.

Sin embargo, su agente no podrá internarlo en un centro de salud mental o dar su consentimiento para tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto en su nombre.

La Parte 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención médica, independientemente de si usted nombra a un agente. Se le brindan opciones para que usted pueda expresar sus deseos con respecto a la prestación, el mantenimiento o el retiro del tratamiento para mantenerlo vivo, así como la asistencia para alivio del dolor. También puede añadir a las decisiones que ha tomado o escribir cualquier deseo adicional. Si usted está de acuerdo en permitir que su agente determine qué es lo mejor para usted en cuanto a decisiones sobre el final de la vida, no necesita completar la Parte 2 de este formulario.

Entregue una copia del formulario relleno y firmado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución en la cual usted recibe atención médica y a los agentes de atención médica que ha nombrado. Usted debe hablar con la persona que ha nombrado como agente para asegurarse de que él o ella entiende sus deseos y está dispuesta a asumir la responsabilidad.

Usted tiene el derecho de revocar esta directiva médica por adelantado o reemplazar este formulario en cualquier momento.

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Parte 1 – Poder notarial de atención médica

Su agente no puede ser un operador o empleado de un centro de atención comunitaria o de una institución de cuidado residencial donde usted recibe atención, ni el médico supervisor o empleado de la institución médica donde usted recibe atención, a menos que su agente sea un pariente o compañero de trabajo.

Designación de agente:

Yo nombro a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones sobre mi atención médica:

Nombre de la persona que elige como agente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(teléfono particular) (teléfono laboral) (celular)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar una decisión sobre mi atención médica, nombro como mi agente alternativo:

Nombre de la persona que elige como agente alternativo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
(teléfono particular) (teléfono laboral) (celular)

La autoridad del agente:

Mi agente está autorizado para tomar en mi nombre todas las decisiones sobre mi atención médica, incluyendo las decisiones sobre la prestación, la retención o el retiro de nutrición o hidratación artificial y cualquier otra forma de atención médica para mantenerme vivo, excepto las que consigno a continuación:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Momento en el que la autoridad del agente entra en vigencia:

La autoridad de mi agente entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica.

(Inicial aquí)

O BIEN

La autoridad de mi agente para tomar decisiones sobre mi atención médica entra en vigencia inmediatamente.

(Inicial aquí)

Las obligaciones del agente:

Mi agente deberá tomar decisiones sobre mi atención médica de conformidad con este poder notarial de atención médica, las instrucciones que doy en la Parte 2 de este formulario y mis deseos en la medida en que mi agente tenga conocimiento de ellos. En la medida en que mi agente no tenga conocimiento de mis deseos, él o ella tomará decisiones sobre mi atención médica de conformidad con lo que mi agente determine es en mi mejor interés. En la determinación de lo que es en mi mejor interés, mi agente tendrá en cuenta mis valores personales en la medida en que mi agente tenga conocimiento de ellos.

La autoridad del agente en caso de muerte:

Mi agente está autorizado para donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo, autorizar una autopsia y disponer de mis restos, excepto por lo que expongo aquí o en la Parte 3 de este formulario:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Nombramiento del tutor:

Si es necesario que un juzgado nombre un tutor para mí, yo propongo que sea el agente designado en este formulario. Si este agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como tutor, propongo al agente alternativo que he nombrado.

Parte 2 – Instrucciones para la atención médica

Si usted rellena esta parte del formulario, puede tachar cualquier parte del texto que no desee.

Decisiones sobre el final de la vida:

Deseo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado proporcionen, mantengan o retiren el tratamiento según la opción que he marcado a continuación:

Elección de no prolongar la vida:

No quiero que mi vida sea prolongada si (1) tengo una condición incurable e irreversible que provocará mi muerte dentro de un lapso relativamente corto, (2) estoy inconsciente y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia, o (3) los riesgos y las responsabilidades que probablemente conlleve el tratamiento superarían los beneficios esperados.

(Inicial aquí)

O BIEN

Elección de prolongar la vida:

Quiero que mi vida se prolongue tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de salud generalmente aceptadas.

(Inicial aquí)

Alivio del dolor:

Excepto por lo consignado en el siguiente espacio, deseo que se proporcione tratamiento para aliviar el dolor o el malestar en todo momento, aunque acelere mi muerte:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Otros deseos:

(Si usted no está de acuerdo con cualquiera de las elecciones opcionales que aparecen arriba y desea añadir las suyas propias, o si desea agregar algo a las instrucciones que ha proporcionado arriba, puede hacerlo aquí). Yo deseo que:

(Si es necesario, agregue hojas adicionales)

Parte 3 – Donación de órganos, tejidos y partes del cuerpo luego de la muerte (opcional)

Después de mi muerte:

Deseo donar mis órganos, tejidos y partes del cuerpo. _____
(Inicial aquí)

Al escribir mis iniciales sobre esta línea e independientemente de mi elección en la Parte 2 de este formulario, autorizo a mi agente para dar su consentimiento a cualquier procedimiento médico temporal necesario exclusivamente para evaluar y mantener mis órganos, tejidos o partes del cuerpo para fines de donación.

O BIEN

No autorizo la donación de ninguno de mis órganos, tejidos o partes del cuerpo. _____
(Inicial aquí)

O BIEN

Deseo donar solamente los siguientes órganos, tejidos o partes del cuerpo: _____

(Inicial aquí)

Mi donación es para los siguientes propósitos (tachar cualquiera de los siguientes si NO los desea):

Trasplante _____ Investigación _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Terapia _____ Educación _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Si desea restringir la donación de un órgano, tejido o parte de su cuerpo de alguna manera, por favor indique su restricción en las siguientes líneas: _____

Entiendo que los bancos de tejido funcionan con procesadores y distribuidores de tejidos con fines de lucro y sin fines de lucro. Es posible que la piel donada pueda ser usada para fines de cirugía cosmética o reconstructiva. Es posible que los tejidos donados puedan ser usados para trasplantes fuera de los Estados Unidos.

1. Mi piel donada puede ser usada para fines de cirugía cosmética. Sí _____ No _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)
2. Mis tejidos donados pueden ser usados para su aplicación fuera de los Estados Unidos.
Sí _____ No _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)
3. Mis tejidos donados pueden ser usados por procesadores y distribuidores de tejidos con fines de lucro. Sí _____ No _____
(Inicial aquí) (Inicial aquí)

Si deja en blanco la Parte 3, esto no implica una negativa para realizar una donación. Se deberá seguir mi registro de donante autorizado por el Estado, o, si no hubiese ninguno, mi agente podrá hacer una donación después de mi muerte. Si no se ha nombrado ningún agente arriba, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome esa decisión en mi nombre. (Para indicar cualquier limitación, preferencia o instrucción con respecto a la donación, por favor utilice las líneas de arriba o el espacio proporcionado en la página 3 de este formulario).

Parte 4 – Médico de cabecera (opcional)

Yo nombro al siguiente médico como mi médico de cabecera:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

OPCIONAL: Si el médico que he nombrado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico de cabecera, nombro al siguiente médico como mi médico de cabecera:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Parte 5 – Firmas

El formulario deberá ser firmado por usted y por dos testigos cualificados o reconocidos ante un notario público.

Firma:

Firma y fecha del formulario:

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____

(paciente)

Nombre en letra de imprenta: _____

(paciente)

Dirección: _____

Declaración de los testigos:

Declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta directiva médica por adelantado, o que la identidad de la persona me fue demostrada con pruebas convincentes, (2) que la persona firmó o reconoció esta directiva médica por adelantado en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no está bajo los efectos de ningún tipo de coacción, fraude o influencia indebida, (4) que no soy una persona designada como agente por esta directiva médica por adelantado y (5) que no soy el proveedor de atención médica de esta persona, ni empleado del proveedor de atención médica de esta persona, el operador de un centro de atención comunitaria, ni el empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, el operador de una institución de cuidado residencial para ancianos, ni tampoco un empleado de un operador de una institución de cuidado residencial para ancianos.

Primero testigo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*testigo*)

Segundo testigo

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*testigo*)

Declaración adicional de testigos:

Al menos uno de los testigos arriba mencionados también deberá firmar la siguiente declaración:

Además declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California, que no estoy emparentado con la persona que ejecuta esta directiva médica por sangre, matrimonio u adopción y, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a recibir parte de los bienes de esta persona después de su muerte bajo un testamento ya existente o por aplicación de la ley.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*testigo*)

PUEDA UTILIZAR ESTE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO EN LUGAR DE LA DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.

El notario u funcionario que complete este certificado verifica solamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado y no la veracidad, exactitud o validez del documento.

State of California)

County of _____)

)

On (date) _____ before me, (name and title of the officer) _____

_____ personally 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: _____ [Seal]
(notary)

Parte 6 – Requerimiento de testigo especial

Si usted es un paciente en un centro de enfermería especializada, el Defensor del paciente o Defensor del pueblo deberá firmar la siguiente declaración:

Declaración del Defensor del paciente o Defensor del pueblo

Declaro, bajo pena de perjurio y en virtud de las leyes de California, que soy el Defensor del paciente o Defensor del pueblo designado por el Departamento de Edad Avanzada de California (California Department of Aging) y que estoy sirviendo como testigo según lo requiere la sección 4675 del Código de Sucesiones.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(Defensor del paciente o Defensor del pueblo)

Nombre en letra de imprenta: _____
(Defensor del paciente o Defensor del pueblo)

Dirección: _____