

Directiva Anticipada

Poder Legal Duradero (Durable Power of Attorney, DPOA)
para la Atención a la Salud
Directiva para la Atención a la Salud



Los documentos tienen validez legal en Washington



¿Qué es la planificación de una Directiva Anticipada?

La planificación de una Directiva Anticipada es para todos los adultos de 18 años o mayores. Consiste en hablar sobre las decisiones de atención médica en el futuro si tuviera un evento repentino, como un accidente o enfermedad grave, y no pudiera tomar sus propias decisiones. Una persona cercana deberá tomar las decisiones por usted. Esta persona se llama representante o apoderado de atención médica.

Es importante escribir sus objetivos, valores y preferencias utilizando los siguientes documentos, o documentos similares. Estos documentos, llamados Directiva Anticipada, se deben actualizar con regularidad y compartir con su representante de atención médica, sus seres queridos, su médico y el hospital. Puede completar uno o ambos documentos.

Poder Legal Duradero para la Atención a la Salud.

Preparar un Representante de Atención Médica. Describir sus valores y objetivos personales para el tratamiento. Esta información puede guiar a su representante de atención médica y a sus proveedores de atención de la salud para que tomen la mejor decisión posible en su nombre si usted no puede tomar decisiones por sí mismo en el futuro.

Nombrar un Representante de Atención Médica. Elija un representante de atención médica para tomar decisiones por usted si no puede hacerlo por sí mismo.

Directiva para la Atención a la Salud. Elija si quiere recibir tratamientos de soporte vital en determinadas situaciones.

Pregúntele a su médico si usted también debe completar una Orden Médica para el Tratamiento de Soporte Vital. (Physician Order for Life Sustaining Treatment, POLST). La POLST es una orden médica que se usa para comunicar las decisiones a los proveedores de atención médica y a los intervinientes de emergencia. Puede ser adecuado para usted si se encuentra gravemente enfermo o frágil en este momento.

Para obtener más información y recursos adicionales, visite www.HonoringChoicesPNW.org.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____



Al completar este formulario, estoy compartiendo mis deseos sobre la atención de salud. Si llega el momento en que no pueda tomar decisiones médicas para mí, quiero que se cumplan estos deseos. Entiendo que este documento ayudará a guiar mi atención, pero puede que no sea posible cumplir estos deseos exactamente en toda situación.

¿Qué es lo más importante para mí?

Esta sección lo ayuda a pensar y comunicar qué es lo más importante para usted si alguna vez tiene un accidente o enfermedad graves y no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

Para mí, “vivir bien” o “tener un buen día” significa que tengo la capacidad para: (elija todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunicarme con mi familia y amigos | <input type="checkbox"/> Alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo |
| <input type="checkbox"/> Saber quién soy o con quién estoy | <input type="checkbox"/> Vivir sin tratamiento de soporte vital. |
| <input type="checkbox"/> No tener dolor, o tener poco dolor | <input type="checkbox"/> Ver a mis seres queridos lograr sus objetivos |
| <input type="checkbox"/> Hacer las cosas que físicamente y mentalmente amo | |

A continuación expreso en mis propias palabras lo que “vivir bien” o “tener un buen día” significa para mí.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

En caso de estar muriendo, me gustaría estar:

- En mi hogar, si dispongo de atención.
- En un hospital o un centro de enfermería especializada.
- No tiene importancia para mí.

Creencias religiosas, espirituales o personales

Las siguientes creencias son importantes para mí, incluso el tratamiento médico que quiero recibir o no quiero en base a mis creencias.

Deseo que se contacte a la siguiente persona:

Nombre: _____ Profesión: _____

Teléfono número: _____ Lugar de culto: _____

¿Qué es un tratamiento de soporte vital?

El tratamiento de soporte vital (o de apoyo de vida) puede mantenerlo vivo manteniendo o reemplazando las funciones corporales importantes, como respirar, usando una máquina. Algunos ejemplos de tratamiento de soporte vital son reanimación cardiopulmonar (RCP), máquinas para respirar, sondas de alimentación y diálisis renal.

El tratamiento de soporte vital puede usarse temporalmente hasta que el cuerpo de un paciente pueda funcionar por sí mismo. En otras situaciones, los tratamientos de soporte vital pueden prolongar el proceso de fallecimiento sin la posibilidad de cura. Aliviar el dolor y proporcionar comodidad son parte de los cuidados de rutina y no se consideran tratamientos de soporte vital.

Para obtener más información, visite: www.HonoringChoicesPNW.org.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Mis deseos

Imagine este escenario: Un evento repentino (como por ejemplo, un accidente automovilístico o una enfermedad) lo dejó sin posibilidad de comunicarse. Está recibiendo la atención necesaria para mantenerlo vivo y cómodo. Los médicos creen que hay muy pocas probabilidades de recuperar la habilidad de saber quién es o con quién se encuentra.

Quiero que mis proveedores y representantes de atención médica hagan lo siguiente:

Continuar con el tratamiento médico para mantenerme vivo, incluso si hay poca probabilidad de mejorar.

Excepción: No probar los siguientes tratamientos médicos (por ejemplo, máquina para respirar, sonda de alimentación, diálisis renal):

Detener el tratamiento médico para mantenerme vivo y permitir un fallecimiento natural mientras que me mantienen cómodo.

Quiero que mi proveedor de atención médica decida por mí.

Preferencia de Reanimación Cardiopulmonar (RCP):

Quiero que se intente RCP si mi corazón o mi respiración se detienen.

Quiero que se intente RCP si mi corazón o mi respiración se detienen, a menos que tenga cualquiera de las siguientes posibilidades:*

- Una enfermedad o lesión que no se puede curar, y estoy muriendo; o
- Pocas probabilidades de sobrevivir si mi corazón se detiene; o
- Pocas probabilidades de sobrevivir a largo plazo si mi corazón se detiene y los esfuerzos que vuelva a vivir me causarían sufrimiento; o
- Pocas probabilidades de volver a la calidad de vida que deseo y que sobre la cual ya he hablado con mi representante de atención médica.

No quiero que se intente RCP si mi corazón o mi respiración se detiene, y por el contrario, quiero fallecer de forma natural.*

*Pregúntele a su médico si usted también debe completar una Orden Médica para el Tratamiento de Soporte Vital (POLST). La POLST es una orden médica que se usa para comunicar las decisiones a los proveedores de atención médica y a los intervinientes de emergencia.



AN INITIATIVE OF

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Qué es un representante de atención médica?

Un representante de atención médica es la persona que usted elige para tomar decisiones por usted si no puede hacerlo por sí mismo. Usted autoriza a esta persona a tomar decisiones con su proveedor de atención médica sobre sus cuidados. La información a continuación ayudará a seleccionar un representante de atención médica.

¿Qué sucederá si no puede elegir un representante de atención médica?

Si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo y no elige un representante de atención médica, sus médicos cumplirán la ley estatal para encontrar una persona que tome decisiones por usted. Esto probablemente signifique que le solicitarán a sus familiares más cercanos o a un tribunal que designe un tutor legal.

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

Hay muchas cosas en las que pensar cuando toma esta decisión. Su representante de atención médica:

- Debe tener 18 años o mayor.
- No debe ser ninguno de sus médicos o los empleados de los mismos.
- No debe ser el dueño, administrador, o empleado de un centro de atención médica o centro de cuidados a largo plazo donde usted reciba atención o viva (a menos que se trate de su cónyuge, pareja de hecho registrada en el estado, padre, madre, o hijo, hija, hermano o hermana adultos).
- Debe comprender qué hace un representante de atención de salud y debe estar dispuesto a cumplir esa función.
- Debe poder hablar en su nombre sobre sus objetivos, valores y preferencias y lo que para usted significa "vivir bien" y "tener un buen día".
- Debe llevar a cabo sus decisiones (incluso si no está de acuerdo con las decisiones).
- Debe poder tomar decisiones en momentos difíciles o estresantes.

¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi representante de atención médica en mi nombre?

Su representante de atención médica tendrá que cumplir con las opciones de atención de salud que usted eligió en su Directiva Anticipada.

De acuerdo con sus elecciones y la ley estatal, su representante de atención médica puede:

- Dar permiso para realizar o detener la reanimación cardiopulmonar (RCP), máquinas para respirar, sondas de alimentación y otros tratamientos.
- Dar permiso para los tratamientos y las cirugías para tratar sus afecciones.
- Revisar y autorizar la divulgación de los registros médicos según sean necesarios para su atención o para la aplicación de los beneficios del seguro de atención médica.
- Decidir qué proveedores u organizaciones de atención médica pueden proporcionarle su tratamiento médico.
- Interpretar toda indicación o decisión que usted haya proporcionado en su Directiva Anticipada o en otras conversaciones basadas en su entendimiento de sus deseos y valores.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

La persona que designo como mi representante de atención médica es:

Nombre completo: _____

Relación: _____

Teléfono de su hogar: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Representantes alternativos

Si la persona indicada anteriormente:

- No puede, no quiere o no está disponible, o
- Se ha divorciado o se ha separado legalmente de mí y yo no he escrito mis iniciales en el espacio a continuación, o
- Ha fallecido.

Entonces, designo a las personas indicadas a continuación como mi primera y segunda opción alternativa:

1er Representante alternativo: Nombre completo: _____

Relación: _____

Teléfono de su hogar: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

2o Representante alternativo: Nombre completo: _____

Relación: _____

Teléfono de su hogar: _____

Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escriba sus iniciales en la línea a continuación si está de acuerdo con esta afirmación.

_____ Si mi cónyuge o pareja de hecho es mi representante de atención médica, incluso si nuestro matrimonio o relación de hecho finalizan a través de una disolución, anulación o interrupción.

Escriba sus iniciales en la línea a continuación si esta situación aplica a usted.

_____ No tengo un representante de atención médica. Entiendo que si no se designa un representante de atención médica y yo no puedo tomar mis propias decisiones médicas, es posible que mis proveedores de atención médica deban solicitar en un tribunal que se designe a un tutor que pueda usar mi Directiva Anticipada como guía para tomar las decisiones en mi nombre.

Declaración de la autoridad y las facultades generales de mi representante de atención médica.

Mi representante de atención médica está autorizado específicamente a dar su consentimiento para los tratamientos médicos o quirúrgicos cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones. Mi representante de atención médica está autorizado para llevar a cabo mis deseos sobre los tratamientos de soporte vital, como por ejemplo, una sonda de alimentación, RCP, máquina para respirar y diálisis renal. Esto incluye el consentimiento para comenzar, continuar e interrumpir un tratamiento médico.

Firma

Entiendo la importancia y el significado de este documento y mis decisiones. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Revoco todo Poder Legal Duradero para la Atención a la Salud (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOAH) anterior. He presentado este documento de forma voluntaria. Pienso con claridad. El DPOAH refleja mi elección de representante de atención médica. Deseo que este DPOAH entre en vigencia si me vuelvo incapacitado y un médico determina que yo no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica. Este DPOAH continuará vigente hasta que dure mi incapacidad o hasta que lo revoque, lo que suceda primero.

Entiendo que dos testigos o un notario deben presenciar cuando firmo este formulario y completo su sección.

Mi firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta): _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Requisito de testigos o notario

Los residentes de Washington deben firmar el formulario de Poder Legal Duradero para la Atención a la Salud **ya sea** ante dos personas que oficien de testigos **o** con la certificación de un notario público.

Opción 1 - Dos firmas de testigos

Normas para los testigos:

- Deben tener al menos 18 años de edad y ser competentes.
- Deben ver cómo usted firma este formulario y completa su sección en el formulario a continuación.
- No pueden estar relacionados con usted ni su representante de atención médica por sangre, matrimonio o relación de hecho registrada en el estado.
- No puede ser su proveedor de cuidados en el hogar ni el proveedor de atención en una casa familiar para adultos mayores o una instalación de cuidados a largo plazo donde usted vive.
- No puede ser su representante de atención médica designado.

Tenga en cuenta: Los requisitos para los testigos del DPOAH difieren de los requisitos para los testigos de la instrucción de atención médica.

Certificación del testigo: Declaro que cumplo con las normas para actuar como testigo.

Primer testigo

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta): _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Segundo testigo

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta): _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Opción 2 - Notario

ESTADO DE WASHINGTON)

) ss.

CONDADO DE _____)

Certifico que sé o tengo evidencia satisfactoria de que _____
ha firmado este documento y certifico que lo hizo a modo de acto libre y voluntario para el uso y
los objetivos mencionados en el documento.

OTORGADO con el respaldo de mi firma y mi sello oficial a los _____ días del mes
de _____ de _____.

(Nombre en letra
impresión del notario)

Notario público de y para el Estado de Washington, que
reside en

_____.

Mi nombramiento vence el: _____.

Aquí finaliza el Poder Legal Duradero para la Atención a la Salud.



Directiva para la Atención a la Salud

¿Qué es una Directiva para la Atención a la Salud?

Una Directiva para la Atención a la Salud es un documento legal que le indica a su médico si debe interrumpir los tratamientos de soporte vital y permitir que sea una muerte natural si usted tiene una condición terminal o está inconsciente de forma permanente y no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

Mi Directiva para la Atención a la Salud

Esta Directiva para la Atención a la Salud se efectúa el día _____ de _____(mes/año).

Yo, _____, tengo la capacidad para tomar las decisiones de la atención médica. Declaro lo siguiente de forma intencional y voluntaria.

Si no puedo tomar decisiones por mí mismo sobre el uso del tratamiento de soporte vital, deseo que mi representante de atención médica, familia y médicos cumplan con estas instrucciones. Esta es mi declaración final sobre mi derecho legal a aceptar o negarme a recibir tratamiento médico o quirúrgico. Acepto los resultados de mis decisiones. Si alguien es designado para tomar decisiones sobre el tratamiento de soporte vital por mí, deseo que esa persona cumpla con estas instrucciones y toda otra declaración clara de mis deseos.

Tratamiento de soporte vital

El tratamiento de soporte vital significa una forma de mantener, restablecer o reemplazar una función vital con diferentes tipos de máquinas o dispositivos, incluso nutrición e hidratación artificial. En el caso de los pacientes con un estado de inconsciencia permanente o condición terminal, el tratamiento de soporte vital únicamente prolongará el proceso de fallecimiento. Los medicamentos y otros tratamientos que únicamente se usan para aliviar el dolor, no se consideran tratamientos de soporte vital.

Condición terminal

Entiendo que una condición terminal es una afección causada por una lesión o enfermedad que a juicio de un médico no puede ser curada o cambiada. La condición terminal probablemente cause la muerte dentro de un corto período de tiempo. El tratamiento de soporte vital únicamente prolongaría mi fallecimiento.

Si mi médico declara por escrito que tengo una condición terminal y un tratamiento de soporte vital únicamente prolongaría mi fallecimiento, **(elija una opción)**

- Sí deseo recibir un tratamiento de soporte vital.
- NO deseo que se comience un tratamiento de soporte vital. Si se comenzó, deseo que se interrumpa. Deseo que se me permita morir de forma natural.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Directiva para la Atención a la Salud

Estado de inconsciencia permanente

Entiendo que un estado de inconsciencia permanente significa un coma incurable o irreversible, o un estado vegetativo persistente y dos médicos que a su juicio crean que hay poca probabilidad de recuperación.

Si dos médicos declaran por escrito que yo me encuentro en un estado de inconsciencia permanente, **(elija una opción)**

- Sí deseo recibir un tratamiento de soporte vital.
- NO deseo que se comience un tratamiento de soporte vital. Si se comenzó, deseo que se interrumpa. Deseo que se me permita morir de forma natural.

Nutrición e hidratación

Si tengo una condición terminal o me encuentro en un estado de inconsciencia permanente, deseo que mis proveedores y representantes de atención médica hagan lo siguiente **(elija una opción)**:

Nutrición

- Sí deseo que se me proporcione nutrición de forma artificial.
- NO deseo que se me proporcione nutrición de forma artificial.

Hidratación

- Sí deseo que se me proporcione hidratación de forma artificial.
- NO deseo que se me proporcione hidratación de forma artificial.

Embarazo

Si estoy embarazada y mi médico sabe que estoy embarazada, entiendo que esta Directiva para la Atención a la Salud no tendrá validez ni efecto durante mi embarazo.

Instrucciones adicionales

Si tengo una condición terminal o me encuentro en un estado de inconsciencia permanente, deseo que mis médicos, representantes de atención médica u otras personas cumplan con estas instrucciones adicionales sobre mi tratamiento de atención médica.



Directiva para la Atención a la Salud

Firma

Entiendo la importancia y el significado de estas instrucciones y mis decisiones. Yo tengo la capacidad emocional y mental para tomar las decisiones de la atención médica que figuran en estas instrucciones. Entiendo que antes de firmar estas instrucciones puedo agregar, eliminar o cambiar la redacción de las mismas. También entiendo que puedo revocar y actualizar estas directivas en cualquier momento. Deseo que se cumplan todas las partes de estas instrucciones. Si por alguna razón alguna parte de mis instrucciones no pueden cumplirse, deseo que se cumpla con el resto de mis instrucciones.

Entiendo que dos testigos deben presenciar cuando firmo este formulario.

Mi firma: _____

Nombre (en letra imprenta): _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Firma de los testigos

Normas para los testigos:

- Deben tener al menos 18 años de edad y ser competentes.
- Deben ver cómo usted firma este formulario.
- No pueden tener una relación sanguínea o conyugal con usted.
- No tendrían derecho a ninguna parte de sus bienes cuando usted muera.
- No pueden ser su médico tratante ni un empleado de su médico tratante o centro de atención médica del cual usted es paciente.
- No puede ser ninguna persona que haya reclamado alguna parte de sus bienes en el momento en que se firmó este documento.

Tenga en cuenta: Los requisitos para los testigos de la Directiva para la Atención a la Salud difieren de los requisitos para los testigos del DPOAH.

El declarante es persona de mi conocimiento. Creo que el declarante tiene la capacidad para tomar decisiones de atención médica.

Primer testigo

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta): _____

Dirección: _____ Ciudad/Condado/Estado/Código Postal: _____

Segundo testigo

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra imprenta): _____

Dirección: _____ Ciudad/Condado/Estado/Código Postal: _____

Aquí finaliza el Poder Legal Duradero para la Atención a la Salud.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Compartir mis deseos



Una vez que complete los documentos escritos, usted debe compartir sus deseos y los documentos con su representante de atención médica, seres queridos, médicos y el hospital. Si corresponde, considere compartirlos con su asilo o instalación de vida asistida. Es importante que todos tengan una copia actualizada.

Puede encontrar información adicional sobre cómo compartir sus deseos en www.HonoringChoicesPNW.org.

¿Qué sucede si cambio de opinión acerca de mis deseos?

Si sus deseos cambian, comuníquelo a su representante de atención médica, seres queridos, médicos, hospitales y todas las personas que tienen una copia de su Directiva Anticipada. Puede revocar su Directiva para la Atención a la Salud destruyéndola, informando por escrito a su médico que desea destruirla (firme y feche su comunicado) o informando verbalmente a su médico que quiere revocarla. Complete una nueva Directiva Anticipada con sus deseos actuales. Entregue copias del nuevo formulario a su representante de atención médica, sus seres queridos, su médico y el hospital.

Mi Poder Legal Duradero para la Atención a la Salud y mi Directiva para la Atención a la Salud se conservan en:

Hospital: _____

Consultorio del médico: _____

Representante de Atención Médica: _____

Otro: _____

Donación de órganos y tejidos

Si desea ser donante, infórmele a su representante de atención médica, a su familia y a sus proveedores de atención médica.

Mis deseos de donación de órganos y tejidos se conservan en www.lcnw.org.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____


Tarjeta de bolsillo

Lleve la tarjeta de bolsillo

- **Imprima** esta página y complete la tarjeta de bolsillo.
- **Corte** esta tarjeta con tijera siguiendo la línea punteada.
- **Doble** la tarjeta a la mitad.
- **Guarde** la tarjeta de bolsillo doblada en su billetera, monedero, cartera o el estuche que lleva consigo a diario.

Complete la tarjeta de bolsillo – Imprima claramente.

- **Mi nombre** – Imprima su nombre y apellido legal y la inicial del segundo nombre, si lo tiene.
- **Mi fecha de nacimiento** – Imprima su fecha de nacimiento incluyendo mes, día y año.
- **Mi médico** – Imprima el nombre de su proveedor de atención primaria.
- **Número de teléfono del médico** – Imprima el número de teléfono con el código de área.
- **Mi Representante de Atención Médica** – Imprima el nombre y apellido de la persona que usted identifica en su DPOAH para tomar decisiones médicas por usted si no puede hacerlo por sí mismo.
- **Mejor número de teléfono** – Imprima el número de teléfono con el código de área donde más probablemente sea posible comunicarse con su representante de atención médica.
- **Mi Directiva Anticipada está archivada en** – Imprima la ubicación de la Directiva Anticipada en las dos líneas. Como mínimo, incluya el nombre y el número de teléfono de la organización. Si el espacio lo permite, incluya la ciudad y el estado.

ATENCIÓN DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA	Por favor, honre mis deseos
Mi nombre : _____	Mi Representante de Atención Médica (identificado en el DPOAH): _____
Mi fecha de nacimiento : _____	Mejor número de teléfono: (____) _____
Mi médico: _____	Mi Directiva Anticipada está archivada en: _____
Número de teléfono del médico: (____) _____	_____
	_____