

*Tomar decisiones
sobre el cuidado médico
y las directivas anticipadas*

LO QUE HACER CON ESTAS FORMAS

Usted debe dar una copia de la DIRECTIVA ANTICIPADA completada a su médico personal, así como a un miembro de la familia o a un amigo, para asegurar que estará disponible si se necesite. Su médico debe tener una copia colocada en su expediente y debe marcarla para que cualquiera que puede ser parte de su cuidado pueda saber de su presencia.

AVISO IMPORTANTE

El procedimiento de funcionamiento estándar de la mayoría de las facilidades de cuidado médico supone que usted quiere procedimientos realizados que sostienen la vida a menos que usted indique de otra manera.

La DIRECTIVA PARA LOS MEDICOS (Testamento de vida) trata de suspender o retirar tratamientos médicos. No permite ninguna medida activa para fallecer deliberadamente, así como inyección letal.

LA DIRECTIVA ANTICIPADA

Como parte de su derecho de tomar decisiones personales sobre su cuidado médico, usted puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico que se recomienda. Esto es relativamente fácil cuando usted siente bien y puede hablar por sí mismo. Desgraciadamente, durante enfermedad grave, puede ser que usted se encuentre inconsciente o de otro modo no pueda comunicar sus deseos – a la hora cuando puede ser que tenga que tomar decisiones críticas. Una DIRECTIVA ANTICIPADA comunica sus deseos de cuidado médico para que las elecciones que personas escojan en su nombre reflejan sus deseos. Generalmente se escribe una DIRECTIVA ANTICIPADA para entrar en vigor solamente sobre su incapacidad, pero puede ser escrito para entrar en vigor inmediatamente (incapacidad incluye su inhabilidad de tomar decisiones o de expresar sus deseos). Usted puede cambiar su DIRECTIVA ANTICIPADA en cualquier momento hasta que se encuentre que ya no pueda hacerlo.

Los documentos en este folleto nacen en un espíritu de respetar la vida humana por completa por cada persona y en compromiso y deseo para comunicación dentro de la familia compleja. El propósito es ayudarle tomar estas decisiones temprano en su vida antes de que un problema ocurra. Este folleto es una invitación para hablar con su familia, sus médicos, y otros seres queridos para que ellos sepan y entiendan sus deseos. Debido de tener estas discusiones mientras está bien de salud, piensa claramente y tiene control de su vida, usted puede ayudar a su familia entender sus sentimientos y llevar a cabo sus deseos en una variedad de preocupaciones serias. Este folleto presentará introducciones a muchas de estas preocupaciones así como: reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, nutrición artificial, e hidratación. No tiene la intención para ser una lista completa de todos los posibles problemas y preocupaciones, pero al contrario una introducción a discusiones abiertas con su familia, médico y otros que tienen una parte íntima en su cuidado. La muerte es uno de los momentos más personales en la vida – debe ser un momento de dignidad.

También puede ser que quiera comunicar con otros que pueden ayudarle con sus escogimientos. Debido a tales escogimientos generalmente reflejan vistas personales, filosóficas y religiosas, puede ser que quiera discutir las decisiones con su clero o una enfermera, a más de su familia y su médico.

DIRECTIVA PARA LOS MEDICOS

Yo, _____, tengo la capacidad de tomar decisiones sobre mi atención médica, y declaro intencional y voluntariamente mi deseo de que mi muerte no será prolongada artificialmente de acuerdo con las circunstancias que hago abajo, y por la presente declaro que:

- a. Si en cualquier momento dado me diagnostica por escrito estar en una condición terminal por el médico que me atiende o en una condición de inconsciente permanentemente por dos médicos, y donde la aplicación de procedimientos para sostener la vida sólo serviría para prolongar artificialmente el proceso de mi muerte, yo declaro que se suspenda o retire tal tratamiento, y que se me permita morir naturalmente. Entiendo que por usar este formulario que una condición terminal significa una condición incurable e irreversible causado por daño, enfermedad o dolencia, que dentro de un juicio médico razonable causaría la muerte dentro de un tiempo razonable de acuerdo con las normas médicas, y donde la aplicación de procedimientos para sostener la vida sólo serviría prolongar el proceso de la muerte. También, entiendo que en usar este formulario que una condición permanentemente inconsciente significa una condición incurable e irreversible en lo que se me evalúa medicamente dentro de un juicio médico razonable de no tener probabilidad razonable de recuperar de una coma irreversible o un estado persistente vegetativo.
- b. En la ausencia de mi capacidad de dar instrucciones con respecto del uso de tales procedimientos que sostienen la vida, es mi intención que mi familia y mi(s) médico(s) respetarán esta directiva como la expresión final de mi derecho legal de rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos y acepto las consecuencias de tal negativa. Si se nombra otra persona para tomar estas decisiones en nombre de mí, ya sea por el poder duradero del apoderado o de otro modo, yo pido que la persona siga esta directiva y cualquier otra expresión clara de mis deseos.
- c. Si se me diagnostica estar en una condición terminal o en una condición permanentemente inconsciente (marque uno):
 - YO QUIERO que se me proporcione nutrición e hidratación artificialmente.
 - YO QUIERO que se me proporcione hidratación artificialmente solamente, y sólo a la extensión que facilita la administración de medicamentos para hacerme más cómodo como muero.
 - YO NO QUIERO que se me proporcione nutrición ni hidratación artificialmente.
- d. Si sufro un paro cardíaco, aunque no estoy en una condición terminal o en una condición permanentemente inconsciente:
 - YO QUIERO que se me realice reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) como dirigido aquí dentro.
 - NO QUIERO que se me realice reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés).
- e. Si se ha diagnosticado que estoy embarazada y que mis médicos saben de este diagnóstico, esta directiva no tendrá ningún esfuerzo ni efecto durante el curso de mi embarazo.
- f. Entiendo la importancia absoluta de esta directiva y estoy emocional y mentalmente capacitada para tomar las decisiones del cuidado médico incluidas en esta directiva.

- g. Yo entiendo que antes de que firmo esta directiva, puedo añadir o borrar, o modificar de otra manera lo que está escrito en esta directiva y que puedo añadir o borrar de esta directiva a cualquier momento y que cualquier cambio seguirá las leyes estatales de Washington o las leyes federales y constitucionales para que sea legalmente válido.
- h. Es mi deseo que se ejecute cada parte de esta directiva por completo. Si por alguna razón una parte no se considera válida, es mi deseo que se ejecute el resto de la directiva.

FIRMADO en Yakima, Washington, este _____ día de _____, 20__.

Cada de nosotros conoce personalmente a la persona (el “Declarante”) que firma su nombre arriba, y cree que esa persona es mentalmente sano y en su cabal juicio. Firmó su nombre arriba en la presencia de nosotros dos. Ninguno de nosotros es relacionado al Declarante por consanguinidad ni por matrimonio, tampoco ninguno de nosotros, a nuestro conocimiento, tiene derecho a ninguna parte de los bienes del Declarante al morir, ni tiene ninguna reclamación contra cualquier parte de los bienes a esta hora. Ninguno de nosotros es el médico que atiende, ni un empleador del tal médico, ni un empleado/voluntario de una facilidad del cuidado médico en lo que el Declarante es un paciente.

Testigo

Testigo

Escriba el nombre con letra de imprenta: _____

Escriba el nombre con letra de imprenta: _____

PODER DURADERO DE APODERADO PARA CUIDADO MEDICO

1. DESIGNACION DEL AGENTE DEL CUIDADO MEDICO

Yo, _____

por la presente designo a: _____

Dirección: _____

Ciudad de _____ Estado de _____ (Código postal) _____

Teléfono: (____) _____, como mi apoderado de hecho ("Agente") para que tome decisiones médicas y decisiones personales en mi nombre. Si _____ está fallecido o no puede o reacio hacerlo, entonces designo a _____ como apoderado de hecho alterno actuar para el mandante en virtud de esto.

2. LA FECHA DE ENTRAR EN VIGOR Y DURACION

Con este documento tengo la intención crear un Poder duradero de apoderado para las decisiones del cuidado médico autorizado por RCW 7.70.065 y 11.94.010(3). Este poder entrará en vigor al momento de que yo queda incapacitado tomar mis propias decisiones del cuidado médico y permanecerá durante esa incapacidad a la manera que la ley permite o hasta que mi guardián legal o yo lo revoque por escrito. Para propósitos de esto, se me considerará estar incapacitado de tomar mis propias decisiones cuando en el juicio razonable del médico que me atiende yo no pueda comprender las consecuencias de ciertos cuidados médicos o procedimientos dados, suspendidos o retirados.

3. LOS PODERES DEL AGENTE

Concedo a mi Agente, la autoridad total para que haga por mí decisiones sobre mi cuidado médico. Yo declaro que mi Agente siga mis deseos establecidos en este documento o de otro modo conocido por mi Agente, y que trate de discutir las decisiones propuestas conmigo para determinar mis deseos si puedo comunicar en alguna manera. Si mi Agente no pueda determinar mis deseos, entonces, mi Agente hará una elección por mí basada en lo que mi Agente crea que sería en mi mejor interés. Tengo la intención que la autoridad de mi Agente sea tal amplio como posible. En consecuencia, a menos que específicamente limitado por sección 4, autorizo a mi Agente como siga:

- A. Aceptar, rechazar o retirar consentimiento a alguno y todos tipos de cuidado médico, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, procedimientos de diagnóstico, medicamentos, y el uso de procedimiento mecánico u otros procedimientos que afectan la función de mi cuerpo, incluyendo (pero no limitados a) reanimación; con tal que no se conceda ninguna autoridad que vaya contra mis deseos dichos en mi Directiva para los médicos fechada _____.
- B. Tener acceso a los expedientes e información a la misma manera que yo puedo, incluyendo el derecho de divulgar los contenidos a otros;
- C. Autorizar mi ingreso a o dado de alta de (aun contra los consejos médicos) cualquier hospital, clínica para convalecientes, cuidado residencial, una facilidad de vida asistida u otra facilidad o servicio semejante;
- D. Contractar en nombre de mí por cualquier facilidad o servicio de cuidado médico;
- E. Asalarar y despedir personal médico, personal de servicios sociales, y otro personal de apoyo responsable por mi cuidado;

- F. Consentir en y disponer la administración de cualquier tipos de medicamentos que alivian el dolor o para otros procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos médicos calculados aliviar mi dolor;
- G. Tomar cualquier otra acción necesaria para hacer lo que autorizo aquí, incluyendo (pero no limitado a) conceder cualquier renuncia o exoneración de responsabilidad de riesgo requerido por cualquier hospital, médico, u otro proveedor de cuidado médico; firmar cualquier documentos relacionados a negativas de tratamiento o el salir de una facilidad contra consejos médicos, y perseguir cualquier acción legal en mi nombre y a las expensas de mis bienes para forzar la conformidad con mis deseos.

4. DECLARACION DE DESEOS, DISPOSICIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES

- A. Página de Valores: En conjunción con la preparación de este Poder duradero de apoderado para cuidado médico, he preparado una “Página de valores” con lo cual quiero que mi Agente de cuidado médico familiarice sí mismo. Mi Agente debe revisar mis valores en mi Página de valores cuando se actúe en mi nombre con respecto a cuidado médico. (Una copia verdadera y correcta de la Página de valores está agregada a esto e incluida aquí dentro por esta referencia).
- B. Disposiciones especiales: Aunque la expresión de mis valores contenida en la Página de valores, yo pido que mi Agente de cuidado médico adhiera tanto como practicable y posible a las disposiciones de cuidado a continuación:

1. El continuo de opciones cuidadas:

- a. Deseo quedarme en un arreglo de alojamiento independiente tal largo como me permite mi salud física y mental.
 Sí
 No
- b. En el evento que ya no es practicable vivir en un arreglo de alojamiento independiente por completo, entonces deseo tener asistencia limitada en hogar, seguida, si necesario, por la asistencia jornada completa en hogar.
 Sí
 No
- c. Cuando ya no pueda vivir en mi hogar, entonces deseo residir en una Facilidad de vida asistida, o en un Hogar de cuidado en familia para adultos.
 Sí
 No
- d. Deseo estar colocado en una clínica para convalecientes solamente como último recurso cuando ningunas otras opciones son aplicables, o disponibles, debido a mi condición física/mental particular.
 Sí
 No

2. Quiero vivir en un ambiente libre de humo.

- Sí
- No

3. Quiero que mi Agente aconseje a mi sacerdote y/o clero de mi condición regularmente.

[] Sí

[] No

C. Directiva para los médicos: Yo específicamente declaro que mi Agente siga mi Directiva para los médicos fechada _____, una copia verdadera y correcta está agregada a esto e incluida aquí dentro por esta referencia; o cualquier versión enmendada de la misma.

5. LOS SUCESOSES

Si cualquier Agente nombrado por mí se morirá, llegará a ser legalmente incapacitado, se negará a actuar, no se encontrará disponible, o (si el Agente es mi cónyuge) será separado legalmente o será divorciado de mí, yo nombro a las siguientes personas (cada actuar solo y sucesivamente en el orden nombrado) como sucesores a mi Agente:

A. Primera alternativa de agente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____)_____

B. Segunda alternativa de agente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____)_____

6. NOMINACION DE GUARDIAN

Si un guardián de mi persona, por cualquier razón, sería designado, yo nombro a mi Agente (o su sucesor) nombrado arriba.

7. PROTECCION DE TERCEROS PARTIDOS QUIENES DEPENDEN EN MI AGENTE

Ninguna persona que confía de buena fe sobre cualquier representación por mi Agente o Agente sucesor será obligado a mí, a mis bienes, a mis herederos o asignados, por reconocer la autoridad del Agente.

Por firmar aquí yo indiqué que entiendo el contenido de este documento y el efecto del conceder de poderes a mi Agente.

Yo firmo mi nombre a este Poder duradero de apoderado para cuidado médico en este ____ día de _____, 20__.

Firma

Dirección: _____, Washington _____
(código postal)

TESTIGOS

Testigo #1
Firma _____
Nombre impreso _____
Dirección _____

Testigo #2
Firma _____
Nombre impreso _____
Dirección _____

PAGINA DE VALORES PARA: _____

Puede ser que usted quiera considerar las siguientes preguntas mientras tomar decisiones y preparar los documentos que tratan de sus preferencias del cuidado médico. Puede ser que usted quiera anotar sus respuestas y proveer copias a los miembros de su familia y a los proveedores del cuidado médico, o simplemente utilizar estas preguntas como materias en que pensar y discutir.

¿De qué importancia a usted son los puntos siguientes?

	Muy importante			No es importante	
Dejar que la naturaleza siga su curso	4	3	2	1	0
Mantener mi calidad de vida	4	3	2	1	0
Seguir mis creencias espirituales y tradiciones	4	3	2	1	0
Vivir tan prolongado como posible, indiferente de la calidad de vida	4	3	2	1	0
Ser independiente	4	3	2	1	0
Estar cómodo y tan libre de dolor como posible	4	3	2	1	0
Dejar buenas memorias para la familia y los amigos	4	3	2	1	0
Hacer una contribución a investigación o enseñanza médica	4	3	2	1	0
Poder relacionarse con la familia y los amigos	4	3	2	1	0
Estar libre de limitaciones físicas	4	3	2	1	0
Estar mentalmente alerta y competente	4	3	2	1	0
Poder dejar dinero a familia, amigos, beneficencias	4	3	2	1	0
Fallecer en un rato corto más bien que prolongado	4	3	2	1	0
Evitar cuidado caro	4	3	2	1	0

¿Qué sería importante a usted cuando la muerte esté acercando (por ejemplo: comodidad física, ningún dolor, miembros de la familia presentes, etc.)?

¿Cómo siente usted sobre el uso de medidas que sostienen la vida si enfrente a una enfermedad terminal? ¿Coma permanente? ¿Incapacidad o enfermedad irreversible y persistente (por ejemplo: Enfermedad de Alzheimer)?

¿Tiene usted sentimientos fuertes sobre algunos procedimientos particulares? Puede ser que quiera algunos procedimientos realizados por ejemplo reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés), nutrición e hidratación artificiales (alimentación y líquido suministrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago), antibióticos, diálisis renal, cuidados intensivos en el hospital, medicamentos para aliviar el dolor, quimioterapia o radioterapia, y cirugía.

¿Cambiarían sus sentimientos sobre estos procedimientos dependiendo de su estado de salud y pronóstico de salud?
¿Querría evitar ciertos tratamientos solamente cuando la muerte estaba cierta, o también cuando probablemente le quedaría muy incapacitado como un resultado? ¿Querría evitar ciertos tratamientos si fueran usados sólo para prolongar el proceso de morir, pero querría aceptarlos si aliviarían el dolor?

¿Cuáles limitaciones a su salud física y mental afectarían las decisiones del cuidado médico que usted tomaría?

¿Querría usted que se considerara situaciones financieras cuando tomar decisiones sobre los tratamientos?

¿Querría ser colocado en una clínica para convalecientes si su estado lo mandó?

¿Preferiría un centro de cuidados paliativos, con la meta de mantenerle cómodo en su hogar durante las etapas finales de su vida, como una alternativa a hospitalización?

En general, ¿desea usted participar o tomar parte en tomar las decisiones sobre su cuidado médico y tratamiento?

¿Siempre querría saber la verdad sobre su estado médico?

¿Querría usted donar sus órganos/tejidos en el momento de su muerte?

¿Tiene algunos animales domésticos que usted desea organizar cuidado durante su hospitalización o después de su muerte?