

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Guía práctica de la Directiva de voluntades anticipadas para la atención médica

Una guía para ayudarle a expresar sus deseos de atención médica



ÍNDICE

PARTE I - REQUERIDO

Selección de la persona responsable de tomar decisiones

¿Quién tomará las decisiones de atención médica por usted si usted no puede hacerlo? Página 1

PARTE II - OPCIONAL

Autoridad del responsable designado por usted para tomar decisiones de atención médica Página 2

PARTE III - OPCIONAL

Instrucciones especiales sobre cómo desea que se le atienda si enferma de gravedad Páginas 3-4

PARTE IV - OPCIONAL

Donación de órganos y tejidos Página 5

PARTE V - REQUERIDO

Firma y testigos Páginas 6-7

PARTE VI - REQUERIDO (solamente si no tiene dos testigos)

Reconocimiento de notario público Página 8

Preguntas frecuentes Página 9

PARTE I - REQUERIDO Selección de la persona responsable de tomar decisiones ¿Quién tomará las decisiones de atención médica por usted si usted no puede hacerlo?

- ▶ Este formulario se llama una Directiva de voluntades anticipadas para la atención médica. Cualquier formulario puede llevar tiempo en completarse y a veces puede resultar agobiante. **Si su tiempo es limitado, lo más importante es que complete las páginas 1, 6, 7 y 8 que le permitirán:**
 - Elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted si usted no puede hacerlo o no desea tomar estas decisiones por usted mismo.
Y, si tiene tiempo:
 - Puede que desee anotar sus valores y deseos sobre cómo quiere que se le atienda si una enfermedad grave le impide expresar lo que quiere.
- ▶ Si cambia de opinión sobre cualquier cosa que escriba en este formulario, puede llenar un nuevo formulario o destruir (revocar) el antiguo.
- ▶ Conforme llene este formulario, hable con la persona responsable de tomar decisiones por usted para asegurarse de que entienda sus deseos y esté de acuerdo en aceptar esta responsabilidad. También debería hablar de sus deseos de atención médica con sus seres queridos y el equipo de atención médica. **El responsable de tomar decisiones que usted designe no podrá tomar decisiones por usted hasta que usted no pueda o no desee tomarlas por usted mismo.**
- ▶ Una vez que este formulario se llene y se firme adecuadamente, es válido en California y según las leyes de la mayoría de los estados. Para ser válido, debe firmarse en la presencia de dos testigos o ser reconocido por un notario público (consulte la página 8).

La PARTE I Le permite:

Nombrar a otra persona para que tome decisiones de atención médica si usted no puede tomar sus propias decisiones. Según la ley de California, esta persona se llama un “representante”. En las preguntas frecuentes en la página 9 encontrará sugerencias para elegir a la persona correcta.

Es importante que el responsable de tomar decisiones sea alguien independiente de su equipo de atención médica. El responsable de tomar decisiones que usted nombre **NO** puede ser ninguna de las siguientes personas:

- ▶ Su médico o cualquier otro miembro del equipo de atención médica.
- ▶ El gerente del centro de atención médica o residencial comunitario donde recibe cuidados.
- ▶ Un empleado del centro de atención médica o del centro residencial comunitario.

Yo, _____, elijo a la
(su nombre y fecha de nacimiento)

siguiente persona como responsable de mis decisiones de atención médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** ____ **Código postal:** _____

Teléfono (domicilio): _____ **Teléfono (trabajo):** _____

Correo electrónico: _____

OPCIONAL Si el responsable de mis decisiones no es capaz o no quiere tomar decisiones por mí, entonces elijo a la siguiente persona:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** ____ **Código postal:** _____

Teléfono (domicilio): _____ **Teléfono (trabajo):** _____

Correo electrónico: _____

El responsable de tomar decisiones que designe no puede tomar decisiones por usted hasta que usted no pueda o no quiera tomar estas decisiones por usted mismo.

Autoridad del responsable designado por usted para tomar decisiones (Vea la PARTE II a continuación)

Si elije no limitar la autoridad del responsable de tomar decisiones, este tendrá derecho a:

- ▶ Hablar con su equipo de atención médica sobre cómo se encuentra usted.
- ▶ Aceptar, rechazar o detener cualquier forma de atención médica.
- ▶ Ver y aprobar la divulgación de sus historias clínicas o información de atención médica.
- ▶ Elegir proveedores y centros de atención médica.
- ▶ Determinar el cuidado de su cuerpo después de fallecer; incluidas la autopsia y la donación de órganos.
- ▶ Nota: el responsable de tomar decisiones no podrá dar consentimiento para internarle en un hospital de salud mental ni aceptar por usted tratamientos convulsivos, tratamientos psiquiátricos invasivos, esterilizaciones o abortos.

 **POR FAVOR, TACHE Y MARQUE CON SUS INICIALES las cosas anteriores que no quiera que el responsable de tomar decisiones que nombre haga por usted.**

PARTE II - OPCIONAL

Autoridad del responsable designado por usted para tomar decisiones de atención médica


Puede elegir limitar o no la autoridad del responsable de tomar decisiones.

A continuación, se indican las adiciones u otras instrucciones sobre los poderes del responsable de tomar decisiones:

PARTE III - OPCIONAL

Instrucciones especiales sobre cómo desea que se le atienda si enferma de gravedad

 **Si no desea dar indicaciones específicas por escrito, TACHE Y MARQUE CON SUS INICIALES ESTA PÁGINA.**

Si ninguna de estas afirmaciones representa sus creencias y valores, CONSULTE LA  PÁGINA SIGUIENTE PARA OTRAS OPCIONES.

Quizá quiera dar al responsable de tomar decisiones y al equipo de atención médica algunas indicaciones adicionales sobre sus creencias, valores y deseos. A continuación, hay ejemplos de cosas que podría considerar hablar con el responsable de tomar decisiones que designe. Marque solo las afirmaciones que representen sus creencias, deseos y valores si enfermara de gravedad.

Si tengo una afección médica que causará mi muerte en un período corto de tiempo y/o mi calidad de vida fuera mala Y se necesitase soporte vital (como un procedimiento médico, reanimación cardiopulmonar**, tubo respiratorio, sonda de nutrición artificial e hidratación, aparatos o medicamentos) para mantenerme con vida:

- Quiero que se utilice soporte vital***
- No quiero que se utilice soporte vital y deseo que se me permita morir de forma natural
- Quiero que el responsable de tomar decisiones que he nombrado decida junto con el equipo de atención médica si el soporte vital mejoraría mi estado o mis síntomas

Cuando mi equipo de atención médica diga que mi afección es incurable o que probablemente no recupere el nivel de salud que he tenido en el pasado (mala calidad de vida), deseo recibir atención que se centre en ayudarme con mis síntomas (cuidados paliativos*) en lugar de atención para prolongar mi vida. Por favor, refiéranme a un centro de cuidados paliativos.*

* **¿Qué son los cuidados paliativos?** Sus proveedores de atención médica se centran en el alivio de sus síntomas en lugar de en su cura. Los cuidados paliativos ofrecen ayuda para la persona entera y para aquellos involucrados en su vida. Su equipo de atención médica también ofrece estos cuidados y pueden además referirle a organizaciones de cuidados paliativos.

** **¿Qué es la reanimación cardiopulmonar?** La reanimación cardiopulmonar consiste en una serie de acciones realizadas en una emergencia para aportar oxígeno a su cuerpo y asegurar que la sangre llegue al corazón y al cerebro. Su pecho podría sufrir compresiones fuertes, podría utilizarse una descarga eléctrica (desfibrilación), podría introducirse un tubo a través de la boca en la tráquea para ayudarlo a respirar o podrían inyectársele medicamentos en un intento de normalizar su ritmo cardíaco y su presión arterial. La reanimación cardiopulmonar no cura una enfermedad. La mayoría de los pacientes a los que se realiza una reanimación cardiopulmonar no pueden funcionar como antes.

*** **¿Qué es el soporte vital?** Tratamientos como un dispositivo médico para ayudarlo a respirar; medicamentos para mantenerle con vida: nutrición artificial y líquidos administrados a través de una sonda; cirugía mayor; transfusiones de sangre; diálisis; antibióticos; o cualquier cosa que se haga con la intención de retardar su muerte.

PARTE V - REQUERIDO Firma y testigos

Para ser válida una Directiva de voluntades anticipadas para la atención médica, debe firmar este documento en presencia de dos testigos de acuerdo con las instrucciones que se indican a continuación, **O BIEN** contar con el reconocimiento de un notario público (vea la página 8).

- ▶ Si está físicamente incapacitado para firmar, se acepta cualquier marca que haga con la intención de que sirva de firma.
- ▶ Los testigos deben mirar mientras firma con su nombre. La fecha en que firme este formulario debe ser la misma que la fecha en que lo firmen los testigos.

FIRMA Firme y feche este formulario aquí:

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

(Firme con su nombre)

(Fecha)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Declaración de los testigos

Tenga en cuenta quiénes no pueden actuar como testigos

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California: (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta Directiva de voluntades anticipadas para la atención médica, o que se aportaron pruebas convincentes de la identidad de la persona; (2) que la persona firmó o reconoció esta Directiva de voluntades anticipadas para la atención médica en mi presencia; (3) que la persona parece estar en plenas facultades mentales y no actuar por coacción, fraude o influencia indebida; (4) que no soy la persona designada como el responsable de tomar decisiones (representante) en esta Directiva de voluntades anticipadas para la atención médica; y (5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona ni un empleado de dicho proveedor de atención médica, ni un gerente o empleado de un gerente de un centro de atención comunitario o residencial para los ancianos.

PRIMER TESTIGO

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

(Firme con su nombre)

(Fecha)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ C.P.: _____

SEGUNDO TESTIGO

(Escriba su nombre en letra de imprenta)

(Firme con su nombre)

(Fecha)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ C.P.: _____

PARTE V - REQUERIDO Firma y testigos (continuación)

Para ser válida una Directiva de voluntades anticipadas para la atención médica, debe firmar este documento en presencia de dos testigos de acuerdo con las instrucciones que se indican a continuación, **O BIEN** contar con el reconocimiento de un notario público (vea las dos páginas siguientes).

Al menos uno de los testigos debe firmar también la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio según las leyes de California que no tengo ninguna relación con la persona que ejecuta esta Directiva de voluntades anticipadas para el tratamiento médico por parentesco (sangre), matrimonio ni adopción y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de esta persona a su muerte según un testamento inexistente o en virtud de las leyes de sucesión.

Firma de un testigo:

(Firma de un testigo)

(Fecha)

Para pacientes en centros de cuidados especializados: declaración del defensor del paciente

Si usted es un paciente en un centro de cuidados especializados, un defensor del paciente debe firmar la declaración de los testigos en la página anterior y debe también firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio según las leyes de California que soy un defensor del paciente por designación del Departamento Estatal de Asuntos de la Tercera Edad y que actúo como testigo en función de lo requerido por la sección 4675 del Código de legalización de testamentos (Probate Code).

Escriba el nombre en letra de imprenta/Título: _____

Dirección: _____

(Firma)

(Fecha)

PARTE VI - REQUERIDO Reconocimiento de notario público (solo se necesita si no han firmado dos testigos en la página 6)

El reconocimiento ante notario público **NO** es obligatorio si dos testigos autorizados han firmado esta directiva en la PARTE V.

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

Estado de California

Condado de: _____

Con fecha de: _____ ante mí, _____
(Fecha) (Nombre y título del funcionario)

comparecieron en persona: _____

(Nombres de los firmantes)

que me demostraron sobre la base de pruebas satisfactorias ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) está(n) inscrito(s) en el instrumento adjunto y reconocieron ante mí que ejecutaron el mismo según los poderes otorgados, y que mediante sus firmas del documento, la(s) persona(s), o la entidad en cuyo nombre actuaron, ejecutaron el documento.

Certifico bajo PENA POR PERJURIO según las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

TESTIFICO con mi rúbrica y mi sello oficial.

Colocar el sello oficial del notario arriba

(Firma del notario público)

Preguntas frecuentes

1. ¿Cómo puedo elegir la persona correcta como responsable de tomar decisiones sobre mi atención médica? A veces los pacientes tienen dificultad para decidir a quién deberían elegir como responsable de sus decisiones. Los pacientes no quieren herir los sentimientos de los miembros de su familia. Al elegir al responsable de tomar decisiones, tenga presente lo siguiente:

- ▶ Un cónyuge o un miembro de la familia no son siempre la mejor elección si se implican demasiado emocionalmente o no son capaces de defenderle o tomar decisiones para que se cumplan sus deseos.
- ▶ Estos son algunos factores a tener en cuenta. Elija a alguien que:
 - Haya tenido contacto regular con usted antes y durante su enfermedad.
 - Esté familiarizado con sus deseos y valores y que respetará esos deseos y valores.
 - Sea capaz de suministrar información sobre sus antecedentes de salud, deseos y valores.
 - Sea capaz de entender su afección médica.
 - Será capaz de tomar decisiones sobre su atención en medio de una crisis emocional.
 - Esté disponible para venir al hospital.
 - Pueda comunicarse con su equipo de atención médica.
 - Pueda comunicarse con sus seres queridos, recibir información de ellos y compartir información importante con ellos.

2. ¿Necesito un abogado para completar este formulario? No, la ley no requiere que tenga un abogado.

3. ¿Puedo tener más de un responsable de tomar decisiones? Con frecuencia muchos miembros familiares participan en la toma de decisiones sin desacuerdos. Pero a veces las personas no estarán de acuerdo sobre cuál es la mejor forma de proceder, así que lo mejor es nombrar solo a una persona que sea el representante de la familia como el responsable de sus decisiones, con un segundo responsable de respaldo si lo desea.

4. ¿Por cuánto tiempo será válida una directiva de voluntades anticipadas para la atención médica? Será válida hasta que usted decida cancelarla o cambiarla.

5. ¿Puedo cambiar de opinión? Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace mientras está hospitalizado, puede decirle a su médico quién quiere que se encargue de tomar las decisiones durante esa hospitalización.

6. ¿Qué debo hacer con este formulario una vez que lo complete? Asegúrese de que esté debidamente firmado de acuerdo con las instrucciones en la página de la firma. Muéstrela a su familia, sus amigos íntimos y al equipo de atención médica. Una copia de este formulario tiene la misma validez que el original. Entregue una copia al responsable de tomar decisiones, al médico y al equipo de atención médica, y lleve una copia con usted siempre que acuda a la sala de emergencias o al hospital.



505 Parnassus Ave.
San Francisco, CA 94143
www.ucsfhealth.org
www.ucsfbenioffchildrens.org



El Centro Médico de UCSF y el Hospital Infantil Benioff de UCSF se esfuerzan por ofrecer igual acceso a nuestras instalaciones y servicios para nuestros pacientes con discapacidades. Si necesita más información o asistencia, llame a Relaciones con el paciente (Patient Relations) al (415) 353-1936.



IMPRESO EN PAPEL PARCIALMENTE RECICLADO • 876-053S REV. 0119