

Planificación Anticipada de Cuidados Médicos del Estado de Utah

(Conforme al código de Utah, Sección 75-2 a-117, Vigente 2009)

- Sección I:** *Le permite nombrar a una persona que tome decisiones acerca de su atención médica a nombre suyo, cuando usted no pueda tomar decisiones o hablar por sí mismo.*
- Sección II:** *Le permite dejar por escrito su voluntad respecto al cuidado de su salud.*
- Sección III:** *Le instruye cómo revocar o cambiar estas instrucciones.*
- Sección IV:** *Le da valor legal a sus instrucciones.*

Información Personal

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____

Sección I: Mi Representante (*Poder Legal para Cuidados de Salud*)

A. Sin escoger un representante

Si usted no desea nombrar un representante, coloque sus iniciales en el espacio en blanco, luego diríjase a la Parte II; no nombre un representante en B ni en C. Nadie puede obligarlo a nombrar un representante.

No deseo nombrar un representante

B. Mi representante

Nombre del representante: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Teléfono del trabajo: (____) _____

C. Mi representante alterno

Esta persona hará las veces de su representante si éste, mencionado líneas arriba, no pudiese o no quisiese servir como tal.

Nombre del representante suplente: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Teléfono del trabajo: (____) _____

Sección I: Mi Representante (continuación)

D. Autoridad del representante

Si no pudiera tomar decisiones o hablar por mí mismo (en otras palabras, después que mi médico o algún otro proveedor autorizado, bajo la Sección 75-2a-104 de la Ley De Planificación Anticipada De Cuidados Médicos, concluyese que carezco de la capacidad para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de mi salud, mi representante tendrá la autorización para decidir sobre cualquier decisión relacionada a mi salud que yo haya instruido (mas no estará solo limitado solo a eso):

- Autorizar, rehusar o suspender cualquier tratamiento médico. Esto puede incluir servicios para prolongar mi vida tales como, alimentación y fluidos por vía parenteral, uso de antibióticos, resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés para Cardio Pulmonary Resuscitation), diálisis, incluyendo atención de salud mental, como terapias anti convulsivas y el uso de medicamentos psicoactivos. Esta autorización está sujeta a los límites establecidos en el párrafo F de la Parte I o Parte II de estas instrucciones.
- Iniciar y/o terminar los servicios de proveedores médicos.
- Hacer preguntas y recibir respuestas de los proveedores médicos.
- Autorizar la admisión o transferencia a cualquier proveedor médico o institución de cuidados médicos, incluyendo una institución de salud mental, sujeto a los límites establecidos en los párrafos E o F de la Parte I.
- Obtener copias de mi historial médico.
- Solicitar consultas o segundas opiniones.

Mi representante no puede obligarme a recibir cuidados médicos contra mi voluntad, aunque un médico me haya declarado incapaz de tomar decisiones respecto a mi salud,

E. Otras autorizaciones

Mi representante contará con la autorización detallada a continuación, solo si coloco mis iniciales en el espacio del "SI" que precede a la declaración. Autorizó a mi representante a:

SI NO Obtener copias de mi historial médico en cualquier momento, aunque yo pudiese hablar por mí mismo.

SI NO Ingresar en una institución de cuidados médicos debidamente certificada, como un hospital, un asilo de ancianos, una residencia asistida o cualquier otra institución de estadía prolongada, además de aquellas para el cuidado por convalecencia o recuperación

F. Limitación o extensión de autorización

Deseo limitar o ampliar la autorización dada a mi representante de atención médica, como sigue:

G. Nombramiento de un representante

Aunque nombrar un representante debería evitar la necesidad de una tutela, sin embargo a pesar de esto, podría necesitar un tutor. Coloque sus iniciales en la opción "SI", si quisiera que la corte le asignase un representante o si el designado por usted se mostrase reacio o fuese incapaz de cumplir con sus funciones, entonces, su representante alterno sería nombrado como tutor, en el caso que fuere necesario:

SI NO Yo, estando en mi sano juicio y actuando sin coacción alguna, fraude o alguna influencia indebida, por el presente documento, nombro a mi representante, pero si éste se mostrase reacio o fuese incapaz de cumplir con sus funciones, nombro a mi representante alterno, para que haga las veces de mi representante, ante la eventualidad de que yo quedase incapacitado con posterioridad a la fecha de la firma de este instrumento legal.

H. Consentimiento para participar en una investigación médica

SI NO Autorizo a mi representante a aprobar mi participación en investigaciones médicas o ensayos clínicos, aún si el resultado de estas no fuese de ningún beneficio para mí.

I. Donación de órganos

SI NO Si yo de algún otro modo no hubiese aceptado donar mis órganos, mi representante puede autorizarla, con el propósito de ser usados en trasplantes.

Sección II: Mi Voluntad Respecto al Cuidado de mi Salud (*Testamento Vital*)

Deseo que mis proveedores de atención médica sigan las indicaciones que les dé cuando me estén tratando, aunque estas pudiesen entrar en conflicto con éstas u otras instrucciones dadas por adelantado. Mis proveedores deberán siempre proporcionarme atención médica para mantenerme tan cómodo y funcional como fuese posible.

Escoja solo una de las siguientes opciones, enumere las opciones del 1 al 4, colocando sus iniciales frente a la declaración enumerada. No coloque sus iniciales en más de una opción. Si no quisiera documentar sus deseos en caso de su fallecimiento, acepte la opción 4. Puede elegir trazar una línea a través de las opciones que no estuviere eligiendo.

Opción 1	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Iniciales	Elijo permitir que mi representante tome decisiones por mí, lo he escogido cuidadosamente. He hablado con mi representante acerca de mis deseos respecto a mi atención de salud. Confío en que él a nombre mío, tome las decisiones que yo tomaría bajo las circunstancias actuales.
Comentarios adicionales:	

Opción 2	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Iniciales	Elijo prolongar mi vida. Sin importar mi condición o pronóstico, quiero que mi equipo médico trate de prolongar mi vida tanto como sea posible, dentro de los límites generalmente aceptados por los estándares de salud.
Comentarios adicionales:	

Opción 3	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Iniciales	Elijo no recibir cuidados con el propósito de prolongar mi vida, incluyendo alimentos, fluidos por vía parenteral (sonda), antibióticos, RCP ni diálisis, que tengan este fin. Sin embargo quisiera estar cómodo y recibir atención médica para mantener mi calidad de vida, aunque esto resultase en la prolongación de la misma.
<i>Si eligiera esta opción, también deberá escoger las opciones (a) o (b), dadas continuación</i>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Iniciales	(a) No limito la habilidad de mi representante o de mi proveedor de servicios médicos para mantener o retirar los medios que me mantengan con vida
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Iniciales	(b) Mi proveedor de atención de salud deberá mantener o retirar los cuidados que sustentan mi vida, si se cumplierse al menos una de las siguientes condiciones aceptadas:
<i>Si usted seleccionó (a) líneas arriba, no elija ninguna opción bajo (b).</i>	<input type="checkbox"/> Tengo una enfermedad progresiva que me causará la muerte
	<input type="checkbox"/> Estoy cerca de morir y es poco probable que me recupere
	<input type="checkbox"/> No puedo comunicarme y es improbable que mejore mi condición
	<input type="checkbox"/> No reconozco a mis amigos ni a mi familia y es improbable que mejore mi condición
<input type="checkbox"/> Me encuentro en un persistente estado vegetativo	
Comentarios adicionales:	

Opción 4	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> Iniciales	Prefiero no expresar preferencia alguna acerca de mi atención médica en este formulario de instrucciones.
Comentarios adicionales:	

Nombre: _____

Sección II: Mi Voluntad Respecto al Cuidado de mi Salud (continuación)

Instrucciones adicionales acerca de su voluntad respecto a la atención médica a recibir:

Si usted no desea que el personal médico del servicio de emergencia le proporcione CPR o alguna otra medida para mantenerlo con vida, deberá trabajar con un médico o un enfermero especialista certificado (APRN, por sus siglas en inglés para Advance Practice Registered Nurse) para completar una orden que refleje sus deseos en un documento aprobado por el Departamento de Salud de Utah.

Sección III: Revocando o Cambiando Instrucciones

Es posible que pueda revocar o cambiar estas instrucciones haciendo lo siguiente:

- ◆ Escribiendo la palabra “revocado” a través del formulario, quemándolo, rompiéndolo en pedazos, destruyéndolo de alguna otra manera o pidiéndole a otra persona para que lo haga por usted;
- ◆ Firmando una revocación de las instrucciones o instruyendo a otra persona para que firme una revocatoria por mi;
- ◆ Manifestando mi deseo de revocar la orden en presencia de un testigo que sea de 18 años de edad o mayor, que no sea asignado más adelante en ninguna directiva de sustitución como mi representante ni que se convierta en un suplente por defecto si esta directiva fuese revocada; con mi firma y fecha en un documento escrito que confirme esta declaración; o
- ◆ Si firmo un nuevo documento de “Panificación Anticipada de Cuidados Médicos”. (Si firmase más de uno de estos formularios, el más reciente es el que tendrá valor).

Sección IV: Dándole Valor Legal a mis Instrucciones

Yo, firmo estas instrucciones en forma voluntaria. Entiendo las decisiones que he tomado y afirmo encontrarme emocional y mentalmente competente para hacer este documento de instrucciones. Mi firma en este documento revoca el nombramiento de cualquier representante de salud que yo hubiese asignado en el pasado mediante cualquier testamento vital o poder legal.

Fecha

Firma

Ciudad, Condado y Estado de Residencia

He presenciado la firma de este documento de instrucciones, tengo 18 años de edad o mayor y no tengo:

1. Vínculos de sangre ni matrimoniales con el declarante,
2. Porción alguna en cualquier herencia del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada de ningún estado, jurisdicción o inclusión de testamento o anexo del declarante,
3. Beneficiario de ninguna póliza de seguro de vida, fideicomiso, plan calificado, cuenta por pagar después del deceso, transferencia de título de propiedad alguna, después del fallecimiento, que estuviera siendo retenida ni que sea propiedad o que esté establecido por o a favor del declarante,
4. Derechos sobre ningún beneficio financiero a la muerte del declarante,
5. Derecho a ningún interés, propiedad en bienes raíces o personales, a la muerte del declarante,
6. Responsabilidad financiera directa sobre los servicios médicos del declarante,
7. Ni soy proveedor de servicios médicos del declarante o administrador de ningún centro de atención médica en el cual el declarante estuviese siendo atendido; ni
8. Soy el representante titular o alterno

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra imprenta

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

Si el testigo estuviese firmando para confirmar alguna instrucción oral, describa las circunstancias en la que se dio.

Nombre: _____