



## **Planificación Anticipada de Cuidados Médicos del Estado de Utah**

### **Formularios e Instrucciones**

**Edición 2009**

**published by**



### **Utah Medical Association**

**310 E. 4500 South, Suite 500**

**Salt Lake City, UT 84107**

**Instrucciones para Completar un Formulario de  
Planificación Anticipada de Atención Médica**

El documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos” ayuda a que otras personas le puedan dar la atención que usted desea, en el caso que no pudiera tomar decisiones o comunicarse por sí mismo. La primera parte de este formulario le va a permitir que nombre a alguien que actué como su representante en asuntos relacionados a su atención médica. La segunda parte, da instrucciones a otros, acerca de cómo deben tomar decisiones por usted, referentes a su atención médica, inclusive, decisiones que pueden finalizar su vida.

Usted puede beneficiarse de este formulario de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos” en el caso que tuviera un accidente o alguna enfermedad física o mental que lo dejara incapacitado por el resto de su vida, sin la posibilidad de hacer decisiones por sí mismo. Sin este documento, los que tuvieran que hacer las decisiones por usted no podrían saber cuáles son sus deseos. Peor aún, la familia y/o amigos podrían estar en desacuerdo sobre el tipo de cuidado que usted debiera recibir o quién tuviera que tomar decisiones por usted. Ayude a su familia y/o amigos, nombre un representante y hágale saber tanto a él como a su propia familia, cuáles serían sus deseos en cuanto al tipo de atención médica que le gustaría recibir.

## Introducción

En Utah, el documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos” consta de cuatro partes:

**Parte I:** Le permite nombrar a otra persona para tomar decisiones sobre su atención de salud, en el evento que usted no las pueda hacer o no pueda hablar por sí mismo.

**Parte II:** Le permite dejar sentados por escrito, sus deseos sobre el cuidado de su salud.

**Parte III:** Le instruye cómo revocar o cambiar este documento.

**Parte IV:** Hace que sus deseos sean legales.

Llene todo o parte este formulario, como usted desee. Este **documento es suyo**, puede cambiarlo cómo y cuándo usted guste, de manera que deje establecido sus deseos. Si quiere hacer cambios en el formulario después de haberlo firmado, llene otro nuevo y destruya el viejo.

Estas son las cosas importantes que usted debe tener en cuenta de un documento de “Planificación Anticipada de Atención Médica”:

- Usted tiene el derecho de aceptar o reusarse a recibir atención médica.

Esto es cierto, aun si el documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos” indicara lo contrario

- No es obligatorio que usted llene un formulario de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”. Es ilegal que alguien le requiera que llene uno.
- Tiene el derecho de poner por escrito sus últimos deseos así como cualquier otra instrucción acerca de su atención de salud.
- Puede llenar el formulario completamente o solamente parte de el

Usted puede usar cualquier modelo de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos” y no solamente el contenido de este cuadernillo, pero tiene que firmarse y atestiguar apropiadamente. Otros formularios podrían ser ilegales. Aquellos que son extensos, complicados o diferentes del mostrado en este, podrían resultar difíciles para sus proveedores de salud de seguir.

## Sección I: ¿Cómo escoger un representante de cuidados médicos?

Por favor, lea cuidadosamente todas las instrucciones antes de llenar su documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”. Lea la forma en que su representante debe tomar decisiones y sobre la autoridad que usted le está dando. Elija un representante de confianza, alguien que sabe, va a respetar sus decisiones. Nombrar un representante es lo más importante que usted puede hacer al elaborar un documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”.

### ¿Cómo debe elegir un representante de cuidados médicos?

La mejor manera de hacer que se cumplan sus deseos sobre su atención médica, es a través de un representante.

Un representante debe:

- Conocer y saber cuáles son sus últimos deseos de vida, así como lo relacionado al cuidado de su salud.
- Estar dispuesto a hablar en su favor, cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo.
- Hacer lo que usted quiere, no lo que el representante piense que sería bueno para usted.
- Ser capaz de actuar por usted cuando sea necesario. Alguien que vive lejos, tal vez no es una buena elección

Las siguientes personas no pueden ser su representante:

- Cualquier persona menor de 18 años de edad.
- Su proveedor de atención médica, incluyendo el propietario u operador de cualquier centro de atención de salud, a menos que sea su cónyuge o un pariente cercano.
- Ningún empleado de atención médica que trabaje para su proveedor, a menos que sea su cónyuge o un pariente cercano

Usted puede elegir un representante suplente, que haga decisiones por usted, en caso que el titular no estuviera disponible, fuera inubicable o no deseara actuar como su representante en ese momento.

Nadie puede obligarlo a designar a un representante, incluyendo su proveedor de salud, tampoco un representante de cobertura

médica, ni siquiera un miembro de su propia familia.

Antes de poner el nombre de un representante como parte de su documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”, obtenga el consentimiento de esa persona, la que usted desea nombrar como su representante.

### El trabajo de su representante

Si usted todavía está en capacidad de tomar sus propias decisiones respecto al cuidado de la salud, su representante no debería actuar por usted, a menos que quiera que le aconseje. Cuando usted no pueda hacer o comunicar sus decisiones, su representante debería:

- En la medida de lo posible, tratar de incluirlo en la toma de decisiones.
- Seguir las instrucciones que usted le proporcionó con anterioridad, a menos que haya una buena razón para no hacerlo.
- Tomar la decisión que usted habría hecho por sí mismo bajo esas mismas circunstancias.

### La autoridad de su representante

Si usted no limitara o expandiera la autoridad de su representante, este formulario de instrucciones para “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos” le dará a esa persona autoridad para:

- Consentir, rechazar o retirar cualquier tratamiento de la salud, incluyendo la prerrogativa de prolongar su vida a través alimentación parenteral (vía sonda), alimentos, líquidos, antibióticos, usar la resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés para Cardiopulmonar Resuscitation), diálisis y atención mental, como terapia convulsiva y de medicamentos psicoactivos. Usted puede limitar o ampliar la autoridad de su representante, marcando los casilleros E o F de la Parte I.

- Contratar o despedir proveedores de atención médica.

- Hacer preguntas y obtener respuestas de sus proveedores de atención médica

- Consentir el ingreso o transferencia a un centro de atención de la salud, incluyendo uno de salud mental, siempre y cuando esté sujeto a los límites proveídos en los casilleros E o F de la Parte I.

- Obtener copias de los registros médicos.

- Pedir consultas y/o segundas opiniones.

### **¿En qué momento entra en vigencia la autoridad de un representante para administrar su atención médica?**

El poder de su representante comenzará en el momento que usted ya no pueda hacerlo por sí mismo o ya no pueda comunicar sus decisiones relacionadas al cuidado de la salud.

- Un médico, una enfermera o el médico asociado, tendrá que personalmente examinarlo y verificar que usted efectivamente ya no tiene la capacidad hacer decisiones propias. Esto incluye:

- Comprender su condición médica.
- Comprender y sopesar los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de tratamiento
- Comunicar su elección a su proveedor de atención médica.

- Si estuviera en desacuerdo con la conclusión médica de su incapacidad para tomar decisiones propias, usted podrá continuar haciéndolas

- Sólo un tribunal puede quitarle el derecho a tomar sus propias decisiones relacionadas a la atención de su salud. Su médico puede seguir tratándolo para mantenerlo estable, hasta que un tribunal se tome el tiempo y decida si usted es o no competente para decidir.

- Este derecho puede limitarse en caso de emergencia.

Los poderes de su representante terminan si:

- Usted aún tiene la capacidad de decidir

- Revoca el documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”.

- Usted descalifica su representante.

- Usted designa a un nuevo representante.

Tanto su representante como sus proveedores de atención de salud, deben siempre tratar de incluirlo en la toma de decisiones, todo el tiempo que usted desee. Esto es cierto inclusive si su habilidad de decidir estuviera afectada, a menos que hubiera una muy buena razón para no hacerlo.

Ahora que usted ya ha pensado a quién nombrar como su representante y cuánta autoridad le va a dar, llene la Parte I de este documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”.

### **Haciendo más fácil la toma de decisiones para su representante**

Existen maneras de facilitar a su representante o a un familiar, el tomar decisiones por usted, cuando no pueda por sí mismo tomar decisiones relacionadas con los deseos al final de su vida. Si sigue estos pasos, las probabilidades de que sus deseos sean cumplidos aumentan.

- En la Parte I del documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”, ponga el nombre de la persona que ha escogido para que la represente en asuntos relacionados a su atención médica cuando usted ya no pueda decidir por sí mismo.

- Explore la información de la Parte II de este folleto, relacionado con las decisiones que deberán tomarse en el futuro y luego, hable extensamente acerca de sus deseos tanto con su representante como con su familia. Aunque usted haya nombrado como su representante a alguien que no es miembro de su familia, todavía existe la posibilidad de que la familia tenga que hacer algunas decisiones médicas. Hay más probabilidades que su familia cumpla con sus deseos, si los escuchan de usted antes que sobrevenga una crisis.

### **Si usted no eligiera un representante...**

No es obligatorio que usted nombre a un representante, pero eso significaría que la ley

tendría que hacerlo y elegir a quién se haga responsable por las decisiones de atención médica, si usted no pudiera hacerlas por sí mismo. Se haría una lista de miembros de la familia, que tengan la voluntad de convertirse en un representante sustituto para asuntos del cuidado de su salud. Si ningún miembro de la familia pudiera o no estuvieran dispuestos, entonces cualquier persona cercana a usted podría servir como su representante sustituto. Si quisiera que alguien que no sea de la familia haga las decisiones por usted, tiene que designar a un representante.

Si desea limitar la autoridad de un representante sustituto, complete el documento de "Planificación Anticipada de Cuidados Médicos" y deje bien en claro que desea limitar la autoridad de cualquiera que lo represente o que sea designado por defecto para decidir por usted. Si esta fuera su preferencia, puede consultar con un abogado acerca de cómo asegurarse que esta preferencia sea honrada.

### **Parte I: El nombramiento de su representante**

Ahora que ya ha pensado en quién va a ser su representante o si desea nombrar a un representante, este es el momento de llenar el documento de "Planificación Anticipada de Cuidados Médicos".

#### **A: Sin un representante**

Coloque sus iniciales en este casillero si no desea nombrar representante alguno.

#### **B: Mi representante**

Si desea nombrar a un representante, entre la información solicitada en esta parte del formulario.

#### **C: Mi representante alterno**

Si desea nombrar a un representante, sería una buena idea también nombrar a un alterno (suplente) que pudiera servir en caso que el titular no o no estuviera disponible. Complete este casillero para elegir un representante alterno.

#### **D: Autoridad del representante**

A menos que usted la limite, su representante tiene la autoridad para tomar cualquier decisión de atención médica que usted no pudiera hacer por sí mismo, tal como se explica en la sección correspondiente. Usted puede tachar cualquier

parte de las alternativas que se muestran en este formulario, para indicar que tipo de autoridad usted no quiere que su representante goce. También puede ampliar en la Parte I F, "Información sobre la autoridad que usted quiere que su representante tenga.

#### **E: Otro tipo de autoridad**

En las siguientes dos secciones, usted puede ampliar aún más la autoridad que le otorga a su representante:

##### *Acceso a registros médicos*

- Si usted quiere que su representante pueda obtener su expediente médico tan pronto como este documento de "Planificación Anticipada de Cuidados Médicos" se firme, ponga sus iniciales en el casillero que dice "SI"
- Si usted no desea que su representante obtenga sus archivos médicos hasta que haya sido declarado no apto para tomar decisiones, ponga sus iniciales en el casillero que dice "NO". Si usted no marcara ninguna de las opciones, se asume que su elección, "NO".

##### *Admisión a un centro de atención médica*

- Si usted quiere que su representante tenga la autoridad para transferirlo a un centro de atención médica licenciado, como por ejemplo un hogar para ancianos o un centro de asistencia médica a largo plazo, coloque sus iniciales en el casillero de "SI", que está en la segunda línea de ese cuadro. Largo plazo significa que usted va a vivir en esas instalaciones o que ese va a ser su hogar. Esto no es lo mismo que un centro de rehabilitación, de descanso ni de convalecencia, es decir, aquellos centros que se usan para la recuperación de un paciente después de una lesión o enfermedad.
- Si selecciona "NO", la corte (y nadie más) puede ordenar sin su consentimiento que un centro de salud sea su nuevo hogar y se encargue de su cuidado.

*Si usted no hiciera alguna elección, se asume que es "NO".*

#### **F: Límites y/o expansión de la autoridad**

En este casillero, usted puede escribir instrucciones específicas sobre la autoridad que su representante recibe. Este, puede aumentar

o disminuir. Escriba cualquier instrucción en este casillero.

### **G: Nombramiento de un tutor**

Si usted nombra su representante en este documento, es poco probable que alguna vez necesite un tutor designado por un tribunal. Sin embargo, las circunstancias podrían cambiar y presentarse la necesidad de que una corte le asigne un tutor o guardián. A un tutor se le puede dar el poder de administrar su dinero y otros activos, dependiendo del tamaño de su patrimonio. Recuerde que esto sólo ocurrirá si una corte encuentra que usted es incapaz de administrar su propio dinero y/o activos. Si desea que un representante administre la atención médica y otra diferente administre su dinero, averigüe cómo completar un poder notarial para asuntos financieros o nombre un apoderado por inscripción pública

- Si pone sus iniciales en el casillero de "SI" de este cuadro, necesitará un tutor designado por un tribunal y su representante será el primero en línea para convertirse en su tutor.
- Si sus iniciales fueran puestas en el casillero de "NO" y no se hubiera nombrado ningún tutor en algún otro formulario diferente y necesitara un tutor nombrado por una corte, un juez nombrará lo hará y generalmente es el familiar más cercano.

### **H: Consentimiento para participar en una investigación médica**

Algunas veces, tomar parte en una investigación médica o de ensayos clínicos, pueden ser de beneficio para usted, pero otras veces, puede que no haya ningún beneficio, más su participación puede ayudar a otros en el futuro.

- Algunos pacientes desean que su representante tenga la capacidad legal de dar su consentimiento para participar en investigaciones médicas, incluso si es que esta no beneficia en nada al paciente.

- Ponga sus iniciales en el casillero de "SI" si desea que su representante tenga la autoridad de consentir que usted participe en investigaciones o ensayos clínicos, aun si no lo beneficia en nada.

- Ponga sus iniciales en el casillero de "NO" si no desea que su representante tenga la autoridad para inscribirlo en programas de investigaciones o ensayos médicos.

### **I: Donación de órganos**

Existen maneras en las que usted puede mostrar su interés en la donación de órganos al momento de morir. Este casillero es como un sistema de respaldo. Marcándolo, usted puede dar a su representante la autoridad para consentir la donación de órganos en su nombre.

- Si usted no desea que su representante tenga la autoridad para consentir la donación de órganos, ponga sus iniciales sobre el casillero de " NO".
- Si usted quiere que su representante tenga la autoridad para decidir si sus órganos deben ser o no donados, ponga sus inicial sobre "SI".

## Sección II: Deseos sobre el Cuidado de su Salud ("Su Testamento")

Antes de completar esta parte del documento de "Planificación Anticipada de Cuidados Médicos", tenga en cuenta que pueden presentarse factores que influyan en las decisiones respecto a sus últimos deseos de vida. Si usted todavía tuviera la capacidad de tomar sus propias decisiones, sus proveedores deben obedecer las instrucciones que usted les dé, respecto al momento en que una decisión debe ejecutarse. Esto es válido, aun si las decisiones contenidas en el documento de "Planificación Anticipada de Cuidados Médicos" fueran diferentes.

### **Tomar decisiones finales de vida puede ser algo complicado y difícil.**

¿Ha oído el dicho, "Desconéctenme si me vuelvo un vegetal ", o " No quiero vivir dependiendo de una máquina?

Aunque comunes, este tipo de instrucciones no ayudan a enfrentar una enfermedad ni un accidente que ponga en peligro su vida. Por lo general, se toman decisiones cuando ocurre un accidente o una enfermedad que torna el futuro incierto.

"No quiero vivir dependiendo de una máquina" podría ser válido si es que tuviera que estar conectado a un respirador por el resto de su vida. Pero si estar conectado solo por unos días significara que después usted podría irse a casa, respirando por su cuenta y tan sano como lo era antes de ser hospitalizado, posiblemente valdría la pena pasar por esa experiencia. Existen también personas que se sienten satisfechas, aun cuando tengan que depender de "máquinas".

Planificar de antemano el tipo de atención de la salud que desearía, es más difícil y complicado de lo que se piensa

### **Recuerde que instrucciones escritas son peores que las decisiones de un representante.**

La investigación demuestra que es muy difícil decidir de antemano sobre asuntos médicos, por las siguientes razones:

- Es difícil saber de antemano las decisiones que habrán que tomarse y
- Es difícil saber de antemano cuáles serán las circunstancias en las se producirá una crisis y cómo estas pueden afectar sus preferencias.

Esperamos que cuando ocurra una crisis, su representante sabrá cómo usted pensaba antes de perder la capacidad de decidir. Un representante que sepa de sus deseos, considere decisiones de atención médica que respeten sus preferencias, probablemente hará decisiones correctas, mejor que cualquier pedazo de papel que haya llenado en algún momento de su vida.

### **Aunque sepa de antemano, cuáles serán las decisiones que tendrá que tomar, recuerde que usted puede cambiar de opinión.**

Las investigaciones muestran que, lo que la gente pensaba lo que quería, a menudo no es lo mismo cuando llega el momento de tomar decisiones de vida o muerte. Hay personas que no conciben la idea de vivir con una enfermedad o con una incapacidad, pero después descubren que quieren seguir viviendo, aunque pensaban lo contrario antes.

Por otro lado, otros que pensaban aceptar todos los cuidados disponibles para continuar viviendo, al momento de enfrentar el tratamiento, dándose cuenta que la carga es pesada y poca la ganancia, optan por rechazar la atención médica.

Al designar a un representante para que tome decisiones y al darle la flexibilidad necesaria, les permite considerar y sopesar las circunstancias y los hechos tal y como son al momento de tomar una decisión.

## Medidas de bienestar

Aun si se tuviera que suspender cualquier tratamiento que lo mantenga con vida, usted recibirá tratamiento paliativo que lo hará sentirse cómodo. Si sufriera de alguna enfermedad que ponga en peligro su vida, hable con su proveedor de salud sobre cómo obtener algún tipo de atención médica que le permita vivir lo más cómodo posible el tiempo que le quede de vida.

### Antes de llenar la sección II

Escriba sus últimos deseos de vida en la Parte II del documento “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”. Hágalo después que considere lo siguiente:

- La incertidumbre que significa tomar decisiones cuando las circunstancias específicas que rodean el final de la vida son desconocidas
- Pregunte a su médico si usted está sufriendo de alguna enfermedad que pone en peligro su vida o si es que va a limitarlo permanentemente
- Pregunte a su médico si él considera que usted debería hacer ciertas decisiones antes del final de su vida
- Considere usar el “Juego de Herramientas” para elaborar el documento “Planificación Anticipada de Atención Médica” y así refinar sus preferencias. Este documento se puede encontrar en, [www.carefordying.org](http://www.carefordying.org)
- Hable de sus deseos con su proveedor de atención médica, su representante y con miembros cercanos de su familia
- Decida cuál de las opciones del formulario serían las más adecuadas para sus deseos

Si el formulario no le permitiera expresar sus deseos, escríbalos por separado. Sin embargo, sea consciente de que si opta por esta opción, las posibilidades de que sus deseos puedan ser cumplidos serán más difíciles, pues un proveedor podría no comprenderlos o seguirlos. Antes de anotarlos en el formulario, escríbalos y repáselos con su proveedor primario de salud para asegurarse de que expresan su sentir.

Ahora que usted ya ha pensado en cuales sería su voluntad respecto a su atención médica al final de su vida, complete la Parte II de su documento de “Planificación Anticipada de Atención Médica” (página 3 del formulario).

### Sección II: Sus deseos sobre la atención médica

En esta parte del documento, puede expresar sus deseos de cómo quiere que las decisiones en cuanto a su atención médica al final de su vida sean tomadas.

**Opción 1: Elijo dejar que mi representante decida por mí. Lo he escogido con cuidado y he hablado con él acerca de mi salud y acerca de mis deseos. Confío en que mi representante tomará las decisiones concernientes a mi atención de salud, como si yo las estuviera tomando, dadas las mismas circunstancias.**

Esta opción no abarca instrucciones acerca sus últimos deseos de vida en cuanto a la atención médica, más bien, le da a su representante la autoridad de detener cualquier sustento de vida artificial asistida, cuando él lo crea conveniente. Vida artificial asistida incluye, alimentos y líquidos, por vía parenteral (por tubo), antibióticos, resucitación cardiopulmonar y diálisis.

**Opción 2: Elijo prolongar mi vida. Independientemente de mi estado de salud o el pronóstico. Deseo que mi equipo de atención médica trate de prolongar mi vida el mayor tiempo posible, dentro de los**



## **límites de las normas de salud generalmente aceptados**

Al escoger esta opción (2), le está diciendo al personal médico que el objetivo de la atención médica a recibir, es el de prolongar su vida.

**Opción 3: Elijo no recibir atención con el propósito de prolongar mi vida. Esto incluye no recibir alimentos ni fluidos vía sonda intravenosa, antibióticos, tampoco reanimación cardiopulmonar ni diálisis. Prefiero sentirme cómodo a través de cuidados paliativos y atención médica rutinaria, que pueda mantenerme cómodo y lo más funcional posible, aunque este tipo de atención implique la prolongación de mi vida.**

Al elegir esta opción, usted está de acuerdo en no recibir cuidados para prolongar su vida asistida artificialmente, lo que significa, no recibir alimentos ni líquidos vía parenteral (tubo), tampoco antibióticos, resucitación cardiopulmonar ni diálisis. Esto no significa que no desee recibir cuidados médicos. Usted siempre los va a recibir pero para propósitos de comodidad, así como también la atención médica de rutina, solo con la intención de mantenerlo lo más cómodo y funcional posible.

Si escogiera la opción 3, también debería elegir ya sea opción (a) ó (b).

### **Opción 3 (a)**

Si usted no quiere recibir cuidado alguno para mantenerlo con vida, seleccione (a), que significa, **“no pongo ningún límite en la autoridad dada a mi proveedor de atención médica o de mi representante para retener o retirar el sustento que me mantiene con vida”**. Esto significa que, si su corazón dejara de latir, dejara de respirar o si se enfrentara cualquier otra situación que de vida o muerte, su proveedor de atención medica podría permitir que usted muera. La mayoría de personas que optan por esta elección, sufren de alguna condición mortal y han sopesado los beneficios y la carga significa la atención médica para mantener sus vidas y después de una cuidadosa consideración de sus opciones, han decidido que quieren que se les permita morir sin intervención médica. Si esta es su elección, no marque ninguna condición en (b) y continúe con la Parte III.

### **Opción 3 (b)**

Usted desea atención médica para mantenerlo vivo pero sólo después de que se cumplan ciertas condiciones. Seleccione (b). **“Mi médico tiene autoridad para mantener o retirar el soporte que me mantiene con vida, si al menos una de las siguientes condiciones está rubricadas con mis iniciales”**. Esto significa que si marca (b), también debe seleccionar al menos uno de las cinco condiciones siguientes, de manera que pueda ser utilizada para determinar cuándo se debe parar el sustento de vida artificialmente asistida:

\_\_\_ Tengo una enfermedad progresiva que inevitablemente me causará la muerte

\_\_\_ Estoy por morir y es poco probable que me recupere

\_\_\_ No puedo comunicarme y es poco probable que mi condición mejore

\_\_\_ No reconozco a mis amigos o familiares y es poco probable que mi condición mejore

\_\_\_ Estoy en un estado vegetativo persistente

### **Otro:**

Deje en blanco la línea al lado de cualquier condición que no quiera que sea considerada para determinar si el sustento de vida artificialmente asistida debería ser retirado o no. Tache con cualquier condición que usted desee que no se tome en cuenta para esta decisión.

Si sus iniciales son puestas en más de una condición, su médico suspenderá cualquier atención médica que lo mantenga con vida, apenas se cumplan las condiciones de los espacios marcados.

### **Ejemplos de la opción 3:**

"Tuve un derrame cerebral hace 20 años y sé que puedo sufrir otro en cualquier momento. He tenido una vida plena y estoy listo para morir si otro derrame cerebral tomara mi vida. No deseo que me resuciten si esto me volviera a suceder o si tuviera cualquier otra enfermedad mortal".

**Para documentar esta preferencia, en la sección II, elija la opción 3 (a) y luego vaya a la sección III.**

"Sufro de una agresiva esclerosis múltiple, y probablemente voy morir de ella, pero yo no quiero que paren mi vida artificialmente asistida

a menos que yo esté a punto de morir o que esté en estado vegetativo persistente".

**Para documentar esta preferencia, en la Parte II elija la opción 3 (b) y ponga sus iniciales junto a "estoy cerca de la muerte y es poco probable que me pueda recuperar o estoy en un persistente estado vegetativo". Márquelas trazando una línea a través de las otras tres condiciones**

"Tengo 35 años y soy saludable, pero si alguna vez tengo un accidente o enfermedad que me deje incapaz de reconocer o comunicarme con mi familia o si me diagnosticaran que voy a estar en un persistente estado vegetativo, deseo que la naturaleza tome su curso y que me permitan morir.

**Para documentar esta preferencia, en la sección II, escoja la opción 3 (b) y ponga sus iniciales cerca a la declaración, "No puedo Comunicarme" y "probablemente mi condición no va a mejorar. No puedo reconocer a mis amigos o a mi familia y es poco probable que mi condición mejore". "Me encuentro en un persistente estado vegetativo". Marque trazando una línea sobre las otras condiciones.**

**Opción 4: No deseo expresar mis preferencias respecto a atención médica en este documento.**

Usted puede escoger no documentar preferencia alguna, poniendo sus iniciales en Opción 4.

### **Parte III: Cambiando o revocando su documento de "Planificación Anticipada de Atención Médica"**

Usted puede revocar todo o parte de su documento de Planificación Anticipada de Atención Médica, haciendo cualquiera de lo siguiente:

1.- Escribiendo "Anulado" a través del Formulario, quemándolo, rompiéndolo en pedazos o pidiéndole que alguien lo haga por usted.

2.-Firmando una revocación (o cancelación) por escrito del documento de "Planificación Anticipada de Atención Médica" o pidiéndole a otra persona que firme una revocación por usted

3.- Declarando que desea revocar su documento de "Planificación Anticipada de Atención Médica" en presencia de un testigo que:

- Debe ser de 18 años o más
- No debe ser su representante designado en alguna otra directiva suplente

- No debe ser sustituto predeterminado en el caso que el documento fuera revocado
- Debe firmar y fechar una declaración por escrito que confirme su declaración

4.-Completar un nuevo formulario de Planificación Anticipada de Atención Médica (Si firma un nuevo documento, el más reciente es el valido).

Comunique a su médico y/o al centro de salud, quienes tienen copia de este documento, que usted lo ha revocado. Una vez que lo haya completado, proporciónales una nueva copia del documento de "Planificación Anticipada de Atención Médica",

*Usted puede revocar su directiva, incluso si un médico hubiera determinado que usted carece de la capacidad de tomar decisiones para cuidar adecuadamente de su salud.*

## Sección IV: Completando su documento de “Planificación Anticipada de Atención Médica”

Firme y feche la Sección IV de su documento en presencia de algún testigo que NO:

- 1.- Esté relacionado con usted por parentesco o matrimonio;
- 2.- Debe tener derecho a porción alguna de su patrimonio, de acuerdo con las leyes de sucesión del intestado en este estado o que sea parte de su testamento o codicilo;
3. Ser el beneficiario de algún seguro de vida, póliza, fondos garantizados, plan calificado, bienes, cuentas pagables al momento del deceso (**POD**, por sus siglas en inglés para **Payable On Dead**), transferencias al momento del deceso (**TOD**, por sus siglas en inglés para **Transfer On Dead**) o registro de copropiedad con derecho a supervivencia
4. Tampoco debe ser financieramente responsable por el apoyo o atención médica suya;
5. Ser el proveedor que le brinda atención médica ni el administrador del establecimiento de salud en el que usted está recibiendo cuidados médicos, o
6. Su representante autorizado o suplente.

### Después que firme el documento

- Mantenga copia del original de su documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”, de las hojas de trabajo u otras notas, de manera que su representante siempre pueda obtener los originales, por si fuera necesario.
- Proporcione a su representante copias de este documento, de las hojas de trabajo y de las notas. También entregue copias a otros miembros de su familia y amigos, en caso tuvieran que tomar alguna decisión médica por usted, en ausencia de su representante. Sus deseos tienen más probabilidades de ser cumplidos si su representante y otros miembros de su familia están de acuerdo con este plan de cuidados.

- Si usted fuera admitido en un hospital u hogar para ancianos, proporcióneles a ellos también una copia de este documento y pídales que la incluyan en su expediente médico.

### Actualización de su documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”

Es muy importante que este documento esté siempre actualizado. Revíselo una vez al año o cada vez que las circunstancias de su vida cambien.

Piensa en "5 D's" antes de decidir cuándo debe cambiar o actualizar su documento de “Planificación Anticipada de Cuidados Médicos”.

Las 5 D' s significan:

- Década: Fecha de aniversario de los últimos 10 años
- Diagnóstico de la afección potencialmente mortal
- Deterioro de su estado de salud
- Divorcio
- Defunción de algún pariente cercano, que pueda afectar su documento de Planificación Anticipada de Atención Médica

También debe actualizar las direcciones e información de contacto tanto del representante titular como del suplente, si esta cambiara.