

Directivas anticipadas

Es tu vida, tú decides.




UNIVERSITY OF FLORIDA HEALTH

.....
¿Quién hablará en tu nombre?
.....

Las cosas pasan. Ocurren accidentes.
¿Qué quieres que se haga si no puedes tomar tú mismo las decisiones médicas?

Nunca se es demasiado joven para empezar a pensar en preparar una directiva anticipada. Haz que se conozcan tus deseos.



Notas:

Tarjeta de notificación de instrucciones anticipadas

La tarjeta siguiente puede usarse como un método conveniente para informar a los demás sus instrucciones anticipadas. Llene esta tarjeta y córtela. Colóquela en su cartera o en su bolsa. También puede sacar copias y colocarlas en su refrigerador, en la guantera del automóvil o en otro lugar de fácil acceso.

Doble aquí



Notificación de instrucciones anticipadas

Yo, _____ redacté las
letra de molde

siguientes instrucciones anticipadas:

- Testamento vital
- Designación de un Sustituto para tomar decisiones sobre mi atención médica
- Donación de órganos
- Otro (*especifique*): _____

Si soy incapaz de hablar por mí mismo, por favor llame a:

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Directivas anticipadas

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada te permite nombrar a la persona que quieres que tome las decisiones en tu nombre cuando tú no puedas hacerlo. También te permite decidir exactamente cómo deseas ser tratado si enfermas gravemente y no puedes hablar por ti mismo.

Las directivas anticipadas incluyen un testamento vital y el nombramiento de un Representante de Atención Médica.

¿Cómo les puede ayudar una directiva anticipada, a ti y a tu familia?

Completar una directiva anticipada ayuda a orientar las conversaciones con tus familiares, amigos y médicos sobre la forma en que deseas ser tratado si enfermas gravemente. Además, tus familiares no tendrán que adivinar lo que hubieras deseado, ya que la directiva anticipada deja claros tus deseos cuando tú no puedas hablar por ti mismo.

¿Quién debe plantearse tener una directiva anticipada?

Todas las personas mayores de 18 años deberían preparar una directiva anticipada.

¿Necesito un abogado para que me ayude a preparar una directiva anticipada?

No, pero podría ser útil que te ayudase uno.



Representante de Atención Médica

¿Qué es un Representante de Atención Médica y cuándo se activa tu nombramiento?

Tu Representante de Atención Médica es una persona a la que autorizas mediante el formulario de Nombramiento de Representante de Atención Médica a tomar las decisiones médicas en tu nombre, cuando no estés capacitado para hacerlo. Es importante que comentes con tiempo tus deseos con tu Representante de Atención Médica: si él no conoce las decisiones que tú habrías tomado, tomará sus propias decisiones pensando en tu mejor interés.

¿Quién puede ser un Representante de Atención Médica? Cualquier adulto competente que tenga al menos 18 años de edad puede ser tu Representante de Atención Médica. Pregunta a esa persona si está dispuesta a actuar en tu nombre antes de presentar la directiva anticipada. Es posible que desees nombrar, además, una segunda persona como alternativa en caso de que tu primera elección no esté disponible o no pueda tomar las decisiones en tu nombre, por cualquier motivo. Si nombras a tu esposo/esposa como Representante de Atención Médica y después te divorcias, este nombramiento queda revocado salvo que indiques lo contrario en tu directiva anticipada.

¿Es necesario firmar, y con testigos, mi formulario de Nombramiento de Representante de Atención Médica? Sí, tienes que firmar y poner la fecha en el formulario, o tiene que firmarlo otra persona en tu nombre, en tu presencia y siguiendo tus instrucciones si tú no puedes firmar. También debes tener dos adultos como testigos. Tu Representante de Atención Médica no puede ser uno de los testigos, y al menos uno no puede ser tu esposo/esposa ni un familiar directo.

Nombramiento del Representante de Atención Médica

Yo, _____ deseo que _____
(escribe en mayúsculas)

Teléfono _____ Dirección _____

sea mi Representante de Atención Médica y tome las decisiones sobre mi atención médica si no soy capaz de tomarlas yo mismo. Si la persona arriba indicada no puede o no está dispuesta a tomar esas decisiones en mi nombre, **deseo proponer como alternativa a:** _____

Teléfono _____ Dirección _____

Entiendo que, salvo si indico otra cosa en el espacio "Limitaciones" que se incluye a continuación, mi Representante de Atención Médica podrá:

- Dar o denegar el consentimiento informado para mi atención médica
- Tomar decisiones sobre el final de mi vida
- Solicitar beneficios públicos para colaborar en el pago del costo de mi atención médica
- Dar permiso para que me ingresen o me trasladen a un centro de atención médica
- Obtener mi historial médico necesario para llevar a cabo todas estas tareas
- Dar permiso para divulgar información y mi historial médico para permitir mi atención médica

Limitaciones: _____

Entiendo que mi Representante de Atención Médica **no puede** dar mi consentimiento para ninguno de los procedimientos siguientes para mí, salvo si doy permiso para que lo haga poniendo mis iniciales en el procedimiento que acepto.

_____ Aborto

_____ Esterilización

_____ Rechazo los procedimientos que prolonguen mi vida si estoy embarazada de un feto que no pueda sobrevivir fuera de mi vientre.

_____ Tratamientos experimentales que no hayan sido aprobados como en investigación por las leyes federales.

Entiendo que mi Representante de Atención Médica no puede ingresarme en un centro psiquiátrico ni dar su consentimiento para un tratamiento psiquiátrico ni para otros procedimientos psiquiátricos, sin el permiso de un tribunal.

Soy competente y entiendo la importancia de este nombramiento, y lo firmo en presencia de mis dos testigos.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Testigo _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Ten en cuenta que: solo uno de los testigos puede ser tu marido, tu esposa u otro familiar directo. Tu representante no puede ser testigo.

Testamento vital

¿Qué es un testamento vital?

Es una declaración verbal o escrita que expresa tus deseos sobre el tipo de atención médica que deseas recibir, incluidos los procedimientos y tratamientos utilizados para prolongar tu vida, si tu médico y otro médico consultado determinan que tienes una enfermedad terminal, un estado vegetativo persistente o una dolencia terminal (te explicamos que es esto más adelante). Tu testamento vital debe contar con dos testigos, uno de los cuales no puede ser tu esposo/esposa ni un familiar directo. No es necesario que firmes tu testamento vital ante un notario, pero sí tienes que firmarlo y poner la fecha. Si no puedes firmar, puedes dar instrucciones a otra persona para que firme en tu nombre y en tu presencia.

¿Qué son los procedimientos o tratamientos que prolongan la vida?

Son aquellos procedimientos o tratamientos que no van a curar tu dolencia terminal pero que pueden retrasar tu muerte artificialmente. (Por ejemplo, la reanimación cardiopulmonar [RCP, cuando se para el corazón o dejas de respirar] o la hemodiálisis [para limpiar mi sangre cuando mis riñones no funcionan].)

¿Qué es una enfermedad terminal?

Una dolencia causada por una lesión, una enfermedad o una afección que, según los médicos, no tiene posibilidades de recuperación y que, sin tratamiento, causará tu muerte.

¿Qué es un estado vegetativo persistente?

Es una situación permanente e irreversible de inconsciencia en la cual no puedes moverte voluntariamente ni expresar pensamientos de cualquier tipo, y/o no puedes comunicarte o actuar intencionadamente con el entorno.

¿Qué es una dolencia terminal?

Es una dolencia irreversible causada por una lesión, una enfermedad o una afección que ha provocado un deterioro grave y permanente y para la cual, probablemente, el tratamiento sería ineficaz.

Declaración de testamento vital

Yo, _____, por la presente declaro mis deseos sobre los procedimientos que retrasen artificialmente mi muerte (también llamados procedimientos que prolongan la vida) en determinadas situaciones.

Si no puedo tomar mis decisiones médicas informadas por mí mismo y me encuentro en cualquiera de las situaciones que he indicado con mis iniciales a continuación, deseo que se retrasen o interrumpan los procedimientos que prolonguen mi vida si tienen pocas o ninguna posibilidad de curarme o de facilitar mi recuperación de la situación en que me encuentre, y solo servirían para retrasar artificialmente mi muerte. **En otras palabras, deseo que me dejen morir de forma natural, solo con los tratamientos que me mantengan cómodo y alivien el dolor.**

(Pon tus iniciales en cada situación en la que desees que se aplique tu testamento vital. Si no pones tus iniciales en un espacio en blanco y te encuentras en esa situación, recibirás los procedimientos que prolonguen tu vida en dicha situación.)

_____ Tengo una dolencia causada por una lesión, una enfermedad o una afección que puede causar mi muerte (que también se llama dolencia terminal)

_____ Me encuentro en un estado permanente de inconsciencia (que también se llama estado vegetativo permanente)

_____ Tengo una dolencia causada por una lesión, una enfermedad o una afección que ha provocado un deterioro grave y permanente (que también se llama dolencia terminal)

Si no puedo comer o beber por medios naturales (por la boca), y darme alimentos y agua por medios artificiales serviría solo para retrasar mi muerte:

_____ Lo deseo

_____ No lo deseo

_____ alimentos (nutrición)

_____ alimentos (nutrición)

_____ agua (hidratación)

_____ agua (hidratación)

Doy estas instrucciones después de haberlo meditado mucho y de tener en cuenta mis ideas y creencias. Espero que mi familia, el médico y todas las personas implicadas en mi atención médica cumplan mis deseos y respeten mi derecho legal a rechazar la atención médica.

Otras instrucciones OPCIONALES que pueden ayudar al médico a conocer exactamente tus deseos: También doy las siguientes instrucciones sobre tratamientos específicos que deseo o no deseo recibir y/o situaciones que son importantes para mí. (Utiliza más papel si es necesario, firma y pon la fecha en las hojas adicionales y haz que los testigos también las firmen.)

Instrucciones adicionales: _____

OPCIONAL: Deseo que la siguiente persona actúe en mi nombre para comprobar que se cumplen las disposiciones de mi testamento vital:

Nombre _____ Dirección _____

Teléfono _____

Soy competente y entiendo la importancia de esta declaración, y la firmo en presencia de mis dos testigos.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Testigo _____
Letra de molde *Letra de molde*

_____ *Firma* _____ *Firma*

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Ten en cuenta: solo uno de los testigos puede ser tu marido, tu esposa u otro familiar directo. Tu representante no puede ser testigo.

Tus deseos personales

Es importante que comuniqués tus deseos a tus seres queridos antes de someterte a un acto médico importante o de recibir atención de final de la vida. Si compartes tus opiniones y dudas sobre el final de tu vida con tu Representante de Atención Médica o con tus seres queridos, podrán conocer tus elecciones personales. Estos son algunos ejemplos de posibilidades en las que pensar:

- Soporte vital que desees/no desees recibir, reanimación cardiopulmonar (RCP, cuando se para el corazón o dejas de respirar), cirugía mayor (una cirugía grande), transfusiones de sangre (cuando me ponen sangre de otra persona), diálisis (para limpiar mi sangre cuando mis riñones no funcionen), antibióticos (para tratar infecciones).
 - Los medicamentos que quieres recibir si tienes dolor. Pueden impedir que te relaciones con tus seres queridos.
 - La importancia del cuidado personal, como masajes, cuidado de las uñas, afeitado, siempre que no causen dolor o molestias.
 - Ceremonias religiosas o personales que desees recibir.
 - ¿Dónde y cómo desearías pasar tus últimos días: en casa, en el hospital, en una residencia?
 - Otras consideraciones: _____
-

¿Cuáles son tus deseos sobre la donación de órganos?

Donación de órganos o tejidos

Es posible que desees donar tras tu muerte todo o parte de tu cuerpo para trasplante, investigación o educación. El formulario de donación de órganos es un documento que recoge expresamente tus deseos.

Puedes consultar la información sobre la donación de órganos y tejidos en el sitio web de la Agencia para la Administración de la Atención Médica, www.fdhc.state.fl.us (haz clic en "Site Index" [Índice del sitio], y después baja hasta "Organ Donors" [Donantes de órganos]), o en el sitio web del Gobierno Federal en www.organdonor.gov.

Si estás interesado en donar tu cuerpo, llama a la Junta Anatómica para hacer los preparativos. Llama al 1.800.628.2594 o al 352.392.3588 o visita el sitio web www.med.ufl.edu/anatbd para más información.

Para saber más, no dudes en hablar de este tema con el proveedor de servicios médicos que te atiende.

Formulario de donación de órganos

Yo, _____ (Marque solo 1 de las 3 opciones siguientes.)

1. ____ he registrado mis deseos como donante en el registro de donantes de _____.

O

2. ____ por la presente, se realizarán las donaciones de órganos que se indican a continuación con mis iniciales. Mi deseo entrará en vigencia tras mi muerte. (Pon tus iniciales en todas las donaciones que desees hacer)

a. ____ cualquier órgano necesario para los fines de

____ trasplante

____ investigación o educación médica

b. ____ mis ojos, para los fines de

____ trasplante

____ investigación o educación médica

c. ____ cualquier tejido necesario para los fines de

____ trasplante

____ investigación o educación médica

d. ____ solo los órganos y/o tejidos siguientes para los fines de trasplante:

e. ____ solo los órganos y/o tejidos siguientes para los fines de investigación o educación médica:

O

3. ____ deseo donar todo mi cuerpo para el estudio anatómico. *La donación de tu cuerpo para el estudio anatómico significa que no puedes donar ningún órgano, tejido, ojos u otras partes del cuerpo para trasplantes, educación o investigación como se indica más arriba. Para proceder a la donación de todo tu cuerpo para el estudio anatómico, debes contactar con la Junta Anatómica del Estado de Florida, llamando al 1-800-628-2594 o al 352-392-3588 para recibir más instrucciones y los formularios adicionales apropiados.*

Indica si deseas poner alguna limitación o tienes algún deseo especial: _____

Firmado por el donante y por los testigos siguientes en presencia de todos y cada uno de ellos, salvo para la Opción 1, en que no es necesario que haya testigos de la firma del donante:

Primer Testigo:

Segundo Testigo:

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Nombre en letra de molde _____

Dirección _____

Dirección _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Recursos

¿Dónde puedo encontrar formularios y otros recursos para preparar una directiva anticipada?

- [UFHealth.org/advance-directives](https://www.ufhealth.org/advance-directives)
- [aarp.org](https://www.aarp.org) (Escriba “advance directives” en el motor de búsqueda del sitio web)
- [agingwithdignity.org](https://www.agingwithdignity.org) Teléfono: (1.888.594.7437)
- [aha.org/putitinwriting](https://www.aha.org/putitinwriting)
- [caringinfo.org](https://www.caringinfo.org)
- [floridabar.org](https://www.floridabar.org)
- [FloridaHealthFinder.gov](https://www.FloridaHealthFinder.gov)
- [nhdd.org](https://www.nhdd.org)
- [partnershipforcaring.org](https://www.partnershipforcaring.org)
- [theconversationproject.org](https://www.theconversationproject.org)

Por favor, proporcione una copia de su testamento vital a su médico, consejero espiritual, abogado, seres queridos, y / o Representante de Atención Médica.