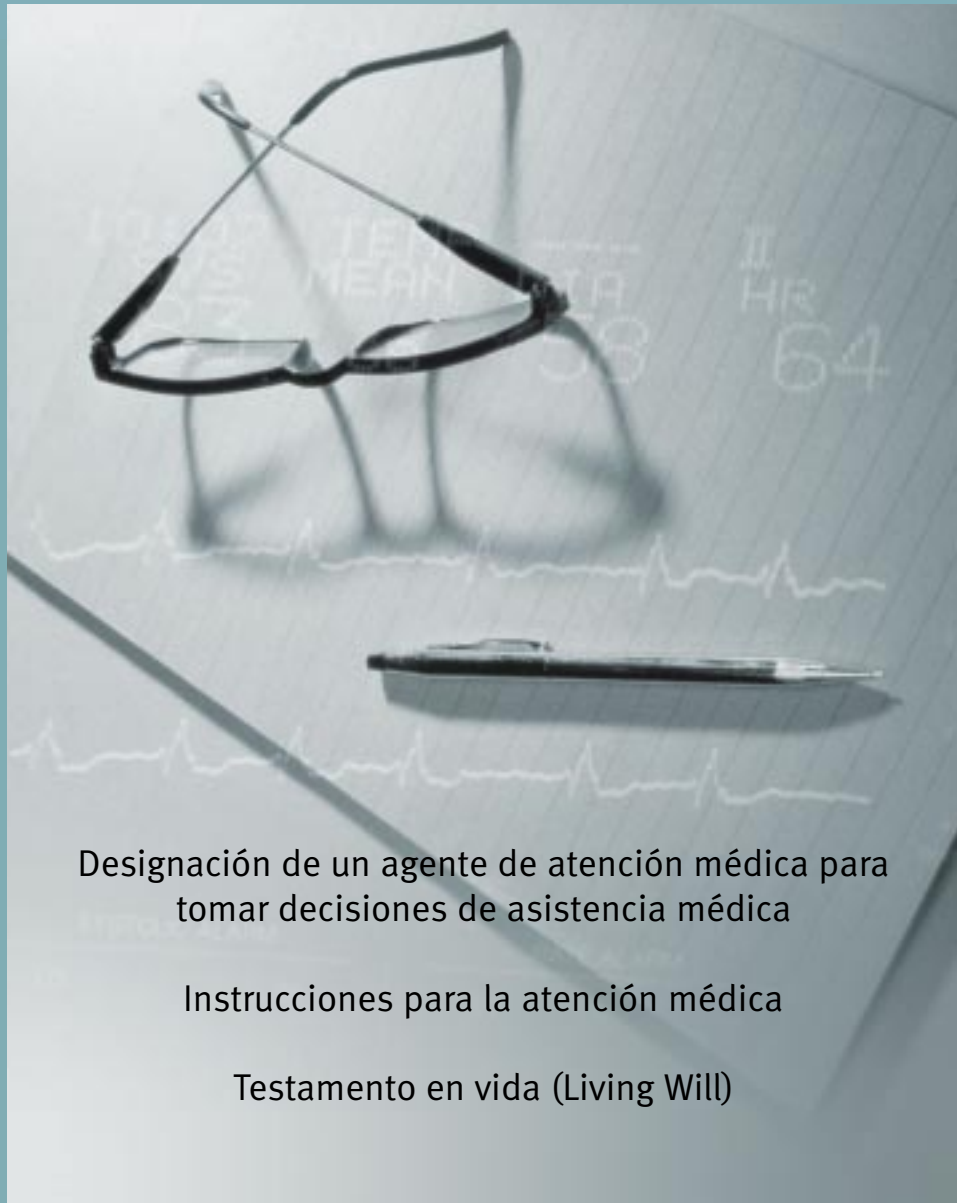


# Directivas avanzadas



Designación de un agente de atención médica para  
tomar decisiones de asistencia médica

Instrucciones para la atención médica

Testamento en vida (Living Will)

Entérese de los derechos que usted  
tiene al tomar decisiones para su  
asistencia médica



## Sobre las directivas avanzadas

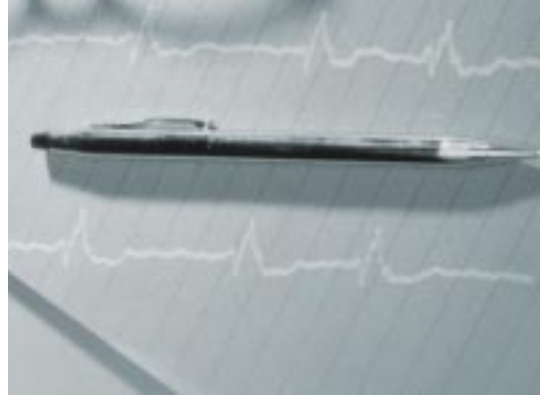


La decisión acerca de prolongar la vida de seres queridos en la etapa final de su vida y a quienes no están capacitados para decidir por sí mismos pone a los miembros de la familia en una situación de enorme estrés. De hecho, estudios demuestran que los niveles de estrés asociados con las situaciones de final de la vida, cuando el paciente no ha suministrado directivas avanzadas, se encuentran entre los de mayor estrés en cuanto a situaciones de crisis personal se refieren.

Sin embargo, los mismos estudios sugieren también que el contar con directivas avanzadas reduce significativamente el estrés y permite a los miembros de la familia centrarse más en la calidad de vida del ser amado durante el tiempo que le quede de vida. Por cierto, quedan liberados de la espantosa responsabilidad y conflictos dolorosos que enfrentan inevitablemente en cuanto a las decisiones, si es el caso, sobre detener la asistencia artificial de vida o no.

Las directivas avanzadas son una manera de tomar control de las decisiones respecto de la última etapa de la vida cuando la muerte se aproxima. Cuando todavía hay tiempo para reflexionar e informarse, se pueden tomar medidas inteligentes

# Información sobre los formularios de cómo tomar decisiones en cuanto a la atención médica



Los siguientes formularios han sido creados por la ley de Maryland y le permitirá tomar decisiones sobre asuntos futuros de su atención médica. El “testamento en vida” le permite tomar decisiones en cuanto a la atención médica en el futuro, si su salud es crítica debido a un estado terminal o a un estado vegetativo persistente, a pesar de los tratamientos de prolongación de vida. El formulario de “designación de un agente para la atención médica” le permite seleccionar a alguien para tomar decisiones en cuanto a la atención médica en caso de estado terminal, estado vegetativo persistente o estado de etapa final. “Instrucciones para la atención médica” es un formulario opcional que provee instrucciones a su agente para la atención médica y a su médico. El último formulario provisto por el Centro Médico Anne Arundel, también optativo, incluye más decisiones en cuanto a su atención médica que quizás quiera consultar con el agente designado para la atención médica.

Por favor note que si usted decide seleccionar a un agente para la atención médica, esta persona no puede ser testigo de sus directivas avanzadas. Sus testigos no pueden ser personas que se beneficien financieramente en el caso de que usted fallezca. Además, deberá hacer tres copias de los formularios, y enviar una al agente designado, una a su médico y la otra al establecimiento médico. Su institución médica le pedirá una copia de las Directivas avanzadas al ser admitido en el hospital. Por favor, tenga una copia de este formulario con usted, si es posible. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este paquete de formularios, por favor comuníquese con la oficina de Apoyo al Paciente del Centro Médico Anne Arundel (AAMC) al (410) 267-1680.

En el presente folleto encontrará tarjetas para su billetera sobre las Directivas Avanzadas de Maryland. Por favor retírelas y complete la información solicitada. Coloque las tarjetas en el bolso o billetera que utilice más frecuentemente junto con su licencia de conducir o tarjeta de seguro de salud.

# Designación de un agente de atención médica

1. Yo \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ designo a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones por mí en cuanto a la atención médica:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

2. Opcional: Si este agente no está disponible, no es capaz o no está dispuesto a ser mi agente, entonces designo a la siguiente persona para que se desempeñe en esta capacidad.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Mi agente tiene pleno poder para tomar decisiones por mí sobre la atención médica, incluyendo el poder para:

- A. Pedir, recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, relacionada con mi salud física o mental, incluyendo los historiales médicos y hospitalarios, y consentir a la revelación de esa información.
- B. Emplear y despedir a mis prestadores de atención médica.
- C. Autorizar la admisión o a dar de alta (incluido el traslado a otro establecimiento) en cualquier hospital, hospicio, asilo de ancianos, hogar para adultos u otro establecimiento de atención médica.
- D. Dar consentimiento a la prestación, negación o retiro de cualquier atención médica, incluyendo los tratamientos de prolongación de vida, en circunstancias apropiadas.
- E. Tomar decisiones por mí en cuanto a la atención médica basadas en las disposiciones para la atención médica que cito en este documento y de acuerdo con mis deseos conocidos por mi agente. Si mis deseos se desconocen o no están claros, mi agente tomará decisiones por mí en cuanto a la atención médica de acuerdo con mi mayor interés, para ser determinadas por mi agente después de considerar los beneficios, cargas y riesgos que podrían resultar de un tratamiento determinado, o de negar o retirar un tratamiento determinado.
- F. La autoridad de mi agente está sujeta a las siguientes disposiciones y limitaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Designación de un agente de atención médica

3. Mi agente no será responsable por los costos de la asistencia basados en esta autorización únicamente.

4. La autoridad de mi agente entra en vigencia (coloque sus iniciales en las opciones que corresponda):

\_\_\_\_\_ Cuando mi médico de cabecera y médico asistente determinen que estoy incapacitado/a para tomar una decisión informada en cuanto a mi atención médica; o

\_\_\_\_\_ Cuando este documento sea firmado.

Al firmar a continuación, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado/a para designar a un agente para la atención médica y que entiendo el propósito y efecto del mismo.

---

FECHA

---

FIRMA DEL DECLARANTE

Doy fe que el declarante firmó y declaró la designación de un agente para la atención médica en mi presencia y, basado en mi observación personal, manifiesto que el declarante parece ser un individuo en estado competente.

---

Firma del testigo #1

---

Firma del testigo #2

# Mi testamento en vida (para atención médica)

Yo \_\_\_\_\_ (el declarante), en pleno uso de mis facultades mentales declaro por voluntad propia que:

Si no pudiera tomar una decisión con conocimiento de causa con respecto a mi atención médica, dispongo que mis prestadores de atención médica sigan las instrucciones que enuncio a continuación.

(Por favor, coloque sus iniciales en las disposiciones que desee incluir en el documento)

**A. Si mi muerte es inminente por motivo de un estado terminal, e inclusive si se emplean tratamientos de prolongación de vida y no hay expectativas razonables de que me recupere:**

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, incluyendo el suministro de nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, a menos que si no pudiera ingerir alimentos por la boca, desee recibir nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que, aunque tenga un estado terminal, se me provea todo el tratamiento médico disponible de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

( ) Dispongo que, si quedo descerebrado, se ofrezca una donación en mi nombre a un paciente que necesite trasplante de órganos o tejido. Si esto sucede, quiero que se me provea asistencia cardiopulmonar artificial sólo hasta que la compatibilidad de los órganos o de los tejidos del paciente sea confirmada y la extracción del órgano o tejido se haya llevado a cabo.

**B. Si estoy en un estado vegetativo persistente, es decir, si estoy inconsciente, no tuviera conciencia de mi entorno, no pudiera interactuar con los demás y si no hubiera una expectativa razonable de que me recupere dentro de un plazo médicamente razonable:**

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, incluyendo el suministro de nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, a menos que si no pudiera ingerir alimentos por la boca, desee recibir nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que se me provea todo el tratamiento médico disponible de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

( ) Dispongo que, si quedo descerebrado, se ofrezca una donación en mi nombre a un paciente que necesite trasplante de órganos o tejido. Si esto sucede, quiero que se me provea asistencia cardiopulmonar artificial sólo hasta que la compatibilidad de los órganos o de los tejidos del paciente sea confirmada y la extracción del órgano o tejido se haya llevado a cabo.

**C. Si estuviera embarazada, mi decisión en cuanto a los tratamientos de prolongación de vida deberá modificarse como indico a continuación:**

---

---

---

# Mi testamento en vida (para atención médica)

Al firmar a continuación, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado/a para hacer este testamento en vida y que entiendo el propósito y el efecto del mismo.

---

FECHA

FIRMA DEL DECLARANTE

Doy fe que el declarante firmó y reconoció este documento en mi presencia y, basado en mi observación personal, manifiesto que el declarante parece ser un individuo en estado competente.

---

Firma del testigo #1

Firma del testigo #2

# Instrucciones para la atención médica

Si yo \_\_\_\_\_, no estuviera en condiciones de tomar una decisión con conocimiento de causa con respecto a mi atención médica, dispongo que mis representantes de atención médica sigan las instrucciones que enunció a continuación.

(Por favor, coloque sus iniciales en las disposiciones que desee incluir en el documento)

1. Si mi muerte es inminente por motivo de un estado terminal, e inclusive si se emplean tratamientos de prolongación de vida y no hay expectativas razonables de que me recupere:

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, incluyendo el suministro de nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, a menos que si no pudiera ingerir alimentos por la boca, desee recibir nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que, aunque tenga un estado terminal, se me provea todo el tratamiento médico disponible de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

( ) Dispongo que, si quedo descerebrado, se ofrezca una donación en mi nombre a un paciente que necesite trasplante de órganos o tejido. Si esto sucede, quiero que se me provea asistencia cardiopulmonar artificial sólo hasta que la compatibilidad de los órganos de los tejidos del paciente sea confirmada y la extracción del órgano o tejido se haya llevado a cabo.

2. Si estoy en un estado vegetativo persistente, es decir, si estoy inconsciente, no tuviera conciencia de mi entorno, no pudiera interactuar con los demás y si no hubiera una expectativa razonable de que me recupere dentro de un plazo médicamente razonable:

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, incluyendo el suministro de nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, a menos que si no pudiera ingerir alimentos por la boca, desee recibir nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que se me provea todo el tratamiento médico disponible de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

( ) Dispongo que, si quedo descerebrado, se ofrezca una donación en mi nombre a un paciente que necesite trasplante de órganos o tejido. Si esto sucede, quiero que se me provea asistencia cardiopulmonar artificial sólo hasta que la compatibilidad de los órganos o de los tejidos del paciente sea confirmada y la extracción del órgano o tejido se haya llevado a cabo.

3. Si estoy en el estado de etapa final, es decir, un estado provocado por una lesión, enfermedad o dolencia como consecuencia de la cual he sufrido un deterioro grave y permanente lo que indica la falta de competencia y el tener que depender físicamente de los demás en forma total y para lo cual, con un grado razonable de certeza médica, el tratamiento del estado irreversible sería inútil médicamente:

( ) Dispongo que mi vida no sea extendida con tratamientos de prolongación de vida, incluyendo el suministro de nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que mi vida no se extendida con tratamientos de prolongación de vida, a menos que si no pudiera ingerir alimentos por la boca, desee recibir nutrición e hidratación por medios artificiales.

( ) Dispongo que, no importa el estado en que esté, se me provea todo el tratamiento médico disponible de acuerdo con las prácticas médicas aceptadas.

( ) Dispongo que, si quedo descerebrado, se ofrezca una donación en mi nombre a un paciente que necesite transplante de órganos o tejido. Si esto sucede, quiero que se me provea asistencia cardiopulmonar artificial sólo hasta que la compatibilidad de los órganos o de los tejidos del paciente sea confirmada y la extracción del órgano o tejido se haya llevado a cabo.

4. ( ) Dispongo que se me den medicamentos para aliviar el dolor y el sufrimiento, aunque pudieran acortar lo que me queda de vida.  
( ) Dispongo que no se me den medicamentos para aliviar el dolor y el sufrimiento, aunque pudieran acortar lo que me queda de vida.

5. Si estuviera embarazada, mi decisión en cuanto a los tratamientos de prolongación de vida deberán modificarse como indico a continuación:

---

---

---

6. Dispongo que (indique en el espacio siguiente, cualquier otra disposición con respecto a recibir o no recibir atención médica):

---

---

7. Al firmar a continuación, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado/a para tomar esta directiva avanzada y que entiendo el propósito y efecto de este documento.

---

FECHA FIRMA DEL DECLARANTE

8. Doy fe que el declarante firmó y declaró la directiva avanzada precedente en mi presencia y, basado en mi observación personal, manifiesto que el declarante parecer ser un individuo competente.

---

Firma del testigo #1 Firma del testigo #2





Patient Advocacy

2001 Medical Parkway  
Annapolis, MD 21401  
443-481-4820 or 4821  
TDD: 443-481-1235  
[www.aahs.org](http://www.aahs.org)

# Tarjetas de bolsillo sobre las directivas avanzadas de Maryland

Coloque las tarjetas en su billetera o en su cartera, la que use con más frecuencia,  
junto con su licencia de conducir y su tarjeta de seguro médico.

spine fold (do not print)

## Tarjeta para las directivas avanzadas de Maryland

He dado instrucciones con respecto a las directivas avanzadas  
y/o donación de órganos en los siguientes documentos:  
(*marque uno o ambos*):

\_\_\_\_\_ Declaración de testamento en vida de Maryland  
\_\_\_\_\_ Designación de un agente para la atención médica

Por favor comuníquese con: \_\_\_\_\_  
(*Representante o agente designado*)

\_\_\_\_\_ para más información.  
(*Dirección*)

\_\_\_\_\_ (*Fecha*) \_\_\_\_\_ (*Firma*)

## Tarjeta para las directivas avanzadas de Maryland

He dado instrucciones con respecto a las directivas avanzadas  
y/o donación de órganos en los siguientes documentos:  
(*marque uno o ambos*):

\_\_\_\_\_ Declaración de testamento en vida de Maryland  
\_\_\_\_\_ Designación de un agente para la atención médica

Por favor comuníquese con: \_\_\_\_\_  
(*Representante o agente designado*)

\_\_\_\_\_ para más información.  
(*Dirección*)

\_\_\_\_\_ (*Fecha*) \_\_\_\_\_ (*Firma*)