

# COMUNIQUE SU DESEOS SU ATENCIÓN MÉDICA

Kit para Disposiciones de última voluntad  
para la atención médica de California



# DISPOSICIONES DE ÚLTIMA VOLUNTAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

1 de 4

**DISPOSICIONES DE ÚLTIMA VOLUNTAD  
PARA LA ATENCIÓN MÉDICA  
DE CALIFORNIA**  
Incluye carta poder para la atención médica

IMPRINT / MRN

**PARTE 1: DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PARA QUE TOMÉ  
LAS DECISIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA**

Nota: Usted debe analizar cuidadosamente sus deseos con su(s) representante(s) designado(s).

**1 A** Mi nombre es: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mi dirección es: \_\_\_\_\_  
Por medio de la presente designo un representante. Deseo que esta persona ayude a tomar las decisiones médicas.  
Su representante o su representante suplente **no puede ser**:  
— Su médico de atención primaria  
— Una persona que trabaje en el lugar en donde usted recibe atención (a menos que usted tenga un parentesco con dicha persona o sea un compañero de trabajo).

**1 B**

- **REPRESENTANTE PRIMARIO:**  
Nombre del representante: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Indicar teléfono de la casa, del trabajo, localizador personal y celular).
- **1er. REPRESENTANTE SUPLENTE** (Si el representante no puede, no desea o no está disponible para tomar decisiones.)  
Nombre del primer representante suplente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Indicar teléfono de la casa, del trabajo, localizador personal y celular).
- **2do. REPRESENTANTE SUPLENTE** (Si el representante y el 1er. representante suplente no pueden, no desean o no están disponibles para la toma de decisiones.)  
Nombre del segundo representante suplente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Indicar teléfono de la casa, del trabajo, localizador personal y celular).

**¿CUÁNDO TOMARÁ DECISIONES MI REPRESENTANTE?:**  
(Marque con una X la frase con la que usted está de acuerdo.)

**1 C**  Mi representante para la atención médica puede tomar decisiones de atención médica por mí mientras yo todavía conserve mis facultades mentales para tomar decisiones. \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales aquí)

Mi representante de atención médica tomará decisiones para la atención médica por mí ÚNICAMENTE cuando yo no tenga las facultades mentales necesarias para tomar mis propias decisiones de atención médica. \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales aquí)

21

## Su paquete incluye:

- Introducción a las Disposiciones de última voluntad para la atención médica página 2
- Decida lo que es importante para usted página 9
- “Mis elecciones para la atención médica” (suplemento opcional) página 11
- Instrucciones paso a paso para llenar “Disposiciones de última voluntad para la atención médica” página 15
- Formulario legal de “Disposiciones de última voluntad para la atención médica” página 21
- Funciones y responsabilidades del representante para la atención médica página 25





## INTRODUCCIÓN

¿Qué es una Disposición de última voluntad para la atención médica (AHCD)?

Si usted puede hacerlo, es usted quien toma todas las decisiones relacionadas con su atención médica. Sin embargo, si usted no pudiera o no quisiera tomar estas decisiones, la ley le permite elegir a otra persona para que tome por usted las decisiones relacionadas con su atención médica.

Una Disposición de última voluntad para la atención médica (AHCD, por sus siglas en inglés) es un documento legal. Le permite decir a otras personas qué tipo de atención médica quiere recibir en el caso de que esté muy enfermo y no pueda tomar decisiones sobre su atención médica.

El formulario de AHCD también le permite identificar a la(s) persona(s) que ha elegido para colaborar con los médicos y demás profesionales para asegurarse de que sus deseos respecto de su atención médica sean respetados. Esta persona también se conoce como **representante de atención médica**.

Usted también puede expresar por escrito sus deseos acerca de la donación de órganos e identificar a su médico de atención personal.

A diferencia de la Carta poder para atención médica (DPAHC, por sus siglas en inglés) que se utilizaba anteriormente, las Disposiciones de última voluntad para la atención médica no tienen fecha de vencimiento. Estas disposiciones serán válidas hasta que usted las revoque o las cambie. (Importante: Si usted tiene una DPAHC firmada que tenía vigencia **al** 01 de julio de 2000, continúa siendo válida).

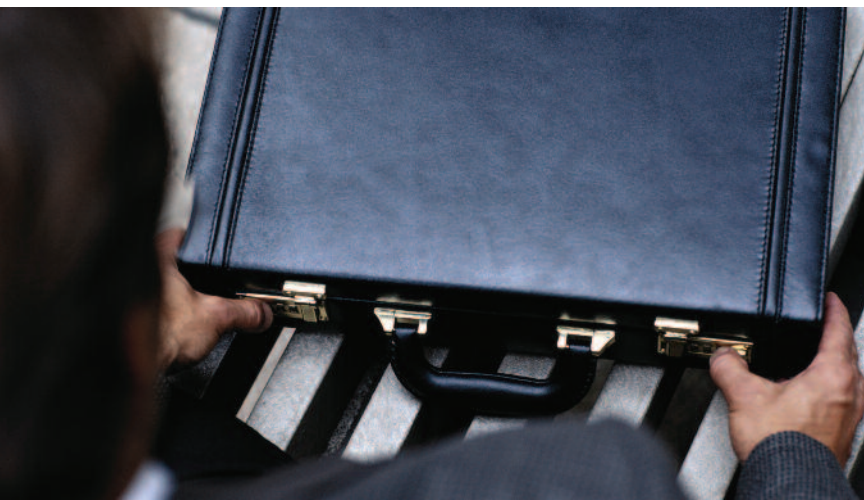
Cualquier persona mayor de 18 años de edad que pueda tomar sus propias decisiones respecto de su atención médica puede tener una Disposición de última voluntad para la atención médica.



¿Por qué es tan importante tener una Disposición de última voluntad para la atención médica firmada?



Llenar una AHCD puede ayudar a sus seres queridos y a sus médicos a comprender sus deseos respecto de su atención médica. Ayudará a evitar la confusión y los desacuerdos acerca de sus deseos personales y las opciones relacionadas con su atención médica cuando usted esté tan enfermo que no pueda tomar estas decisiones. Es importante que hable sobre sus deseos con su médico, sus familiares y sus mejores amigos ahora, antes de que esté demasiado enfermo y no pueda hablar o escribir acerca de temas tales como su calidad de vida, sus elecciones sobre tratamientos y cómo le gustaría vivir sus últimos días.



Por ser un documento legal, ¿necesitaré de un abogado para llenarlo?

No, usted no necesita de un abogado para llenar un documento de AHCD.



## ¿Por qué es necesario que elija un representante?

Si se presentara una situación en la cual usted ya no pudiera tomar las decisiones sobre su atención médica, sus familiares y otros seres queridos pueden hacerse cargo de tomar esas decisiones. Incluso aunque haya escrito y compartido sus deseos con las personas más cercanas a usted, puede suceder que no se pongan de acuerdo acerca cuál es la mejor atención para usted. Es por esto que necesita elegir a una persona que se asegure de que sus deseos sobre su atención sean respetados y tome por usted cualquier decisión adicional acerca de su atención médica. Lo mejor es elegir un familiar cercano o un amigo personal de su confianza, que comprenda sus valores y que acepte respetar sus deseos. Usted también puede designar a otra(s) persona(s) para actuar en su nombre si la persona que ha elegido en primer lugar ya no está disponible o no puede tomar por usted las decisiones sobre su atención médica. Estas personas reciben el nombre de **representante(s) suplente(s)**. Usted también puede indicar si hay alguna persona en especial que usted **no** quiere que participe de la toma de decisiones sobre usted.

Si a usted le preocupa este tema y no quiere imponer a sus seres queridos la carga de tener que tomar estas decisiones, tal vez prefiera elegir a un amigo cercano que comprenda sus deseos y que pueda actuar como su representante.

Lo ideal es elegir a un representante que probablemente se sienta cómodo cumpliendo con sus deseos en relación con su atención. Haga saber sus deseos a esta persona, y a todas las personas que probablemente estarán cerca de usted en esos momentos. Esto es especialmente importante si usted cree que podría haber personas que no estuvieran de acuerdo o que podría haber desacuerdos o conflictos en relación a su atención.



## ¿Qué pasará si no elijo un representante de atención médica?



Si usted no pudiera tomar sus propias decisiones, sus médicos les pedirán a sus familiares más cercanos que actúen en representación de usted. Si los familiares no logran ponerse de acuerdo y las decisiones no pueden tomarse de manera oportuna, pueden surgir conflictos y estrés emocional entre ellos. También, si no hay alguna persona que quiera o que pueda tomar por usted las decisiones relacionadas con su atención médica, podría suceder que quien tenga que tomar las decisiones críticas sobre su atención sea un representante designado por un juez, quien no necesariamente conocerá sus valores y sus deseos.



## ¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi representante de atención médica?

Su representante actuará en su representación. Esta persona participará en la toma de decisiones médicas representando sus intereses. Estas decisiones pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Cambio de médico, enfermero o trabajador social.
- Donde recibirá usted la atención médica (en su hogar o en el hospital).
- Sus medicamentos, pruebas y tratamiento médico.
- Qué se hará con su cuerpo y sus órganos después de su muerte.

**El que esta persona sea su representante *no significa* que vaya a asumir las responsabilidades financieras que le corresponden a usted.**

Su representante de atención médica actúa en nombre de usted y toma en representación suya todas las decisiones relacionadas con su atención médica, a menos que usted limite sus poderes.





¿Quién no puede ser mi representante para la atención médica?

***Su representante de atención médica no puede ser:***

- El médico a cargo de su tratamiento.
- Un encargado o un empleado de una instalación comunitaria de atención o una instalación residencial de atención en la que usted esté recibiendo atención.
- Un empleado de la instalación de atención médica en la que usted esté recibiendo atención, a menos que sea un familiar suyo por consanguinidad, por matrimonio o por adopción.

¿Cuándo tomará decisiones por mí quien sea mi representante para la atención médica?



Su representante para la atención médica generalmente tomará decisiones sólo si usted no pudiera tomar decisiones, como por ejemplo si usted perdiera su capacidad para entender las cosas.

Usted puede designar a un representante para la atención médica para que actúe en su representación en cualquier momento, incluso aunque usted todavía sea capaz de tomar sus propias decisiones pero ya no quiera tomar decisiones acerca de su atención.

Si usted no tuviera una Disposición de última voluntad y enfermara súbitamente, puede designar a un representante para la atención médica temporal para dar a conocer al médico quién es la persona que usted quiere que tome decisiones por usted. Sus instrucciones verbales son tan válidas como las instrucciones por escrito.

## ¿Qué sucedería si quisiera dar instrucciones de atención médica específicas que no estén en el formulario de AHCD?

**MIS ELECCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (SUPLEMENTO OPCIONAL)** 1 de 4  
Formulario para comunicar instrucciones sobre la atención médica personal

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

No. de historia clínica de Kaiser: \_\_\_\_\_

### I. Cuánto deseo saber acerca de mi enfermedad:

(Por favor, marque la opción 1 ó 2)

- 1: Deseo saber todos los hechos importantes relacionados con mi enfermedad. Puedo hacer frente mejor a lo que conozco que a lo que desconozco.
- 2: No deseo conocer todos los detalles de mi enfermedad, en especial si son malas noticias. Temo que ese conocimiento debilite mi deseo de vivir y no me permita disfrutar del tiempo que me queda. Si hubiera alguna mala noticia...

Usted puede dar instrucciones de atención médica más detalladas en hojas adicionales, o puede usar el formulario de comunicación, "**Mis elecciones respecto de la atención médica**", el cual fue diseñado para ayudarle a aclarar a su médico y a sus seres queridos cuáles son sus deseos. (Ver páginas 11-14).

Adjunte su(s) hoja(s) de instrucciones a las Disposiciones de última voluntad para la atención médica y escriba el número de páginas que está anexando.

Firme y feche los anexos en presencia de testigos o de un notario al mismo tiempo que lo haga con su formulario.

Entregue a su(s) representante(s) de atención médica y a su(s) médico(s) una copia de su(s) hoja(s) de instrucciones de atención médica específicas para asegurarse de que éstos sepan cuáles son sus deseos.

## ¿Quién tiene que firmar este formulario?

Usted debe firmar el formulario.

Dos TESTIGOS tienen que firmar el formulario también. Si no tiene testigos, necesitará un notario público. La función de un notario público es dar fe de que usted es la persona que firma el formulario.

Sus testigos deben ser mayores de 18 años de edad, tienen que conocerlo y deben estar presentes en el momento en que usted firma el formulario o deben tener la certeza de que usted es la persona que firmó el formulario.

### **No pueden ser sus testigos:**

- Su proveedor de atención médica ni un empleado de su proveedor de atención médica.
- Su representante o su(s) representante(s) suplente(s).
- Un encargado o un empleado del encargado de un centro de atención comunitario o residencial.

Por lo menos uno de los testigos no debe tener ningún parentesco por lazo sanguíneo, por matrimonio ni por adopción, y tampoco puede estar nombrado como beneficiario en su testamento o resultar beneficiado por su herencia.



## ¿Qué debo hacer después de que haber firmado en presencia de testigos mi AHCD?

- Haga varias copias del formulario. Conserve el original en un lugar en donde lo pueda encontrar fácilmente, e informe a otros dónde tiene guardados los formularios. **No guarde** su AHCD en una caja fuerte porque puede ser necesario que otras personas lo encuentren fácilmente en el caso de una emergencia.
- Devuelva el original firmado ante testigos a su médico en su próxima visita. Su médico lo incluirá en sus expedientes médicos.
- Entregue fotocopias a su representante y a su(s) representante(s) suplente(s). Asegúrese de que todas las personas que podrían estar involucradas en su atención médica, como su familia, su ministro/cura/pastor o sus amigos, tengan una copia. Las fotocopias son tan válidas como el original.
- Haga una lista de todas las personas y las instalaciones que recibieron una copia de su AHCD.
- Conserve una copia en un lugar visible y fácil de encontrar; **no** la guarde en un cajón bajo llave.
- Lleve una copia del formulario con usted si va a ser internado en un hospital, en un centro para convalecientes o en alguna otra instalación de cuidados médicos.

## ¿Qué pasa si cambio de parecer después de haber completado mi AHCD?

Usted puede modificar o cancelar su AHCD en cualquier momento. Recuerde **recuperar todos los formularios antiguos** y reemplazarlos por sus nuevos formularios de AHCD.

## ¿Dónde puede obtener información adicional acerca de las Disposiciones de última voluntad para la atención médica?

- Comuníquese con el Centro o Departamento local de Educación para la Salud de Kaiser Permanente.
- Ingrese a nuestro sitio web en **kp.org** y escriba "writing an advance directive" ("cómo redactar las disposiciones de última voluntad") en el cuadro de búsqueda.
- También puede visitar la página web de su médico en [kp.org/mydoctor](http://kp.org/mydoctor) si usted es un miembro de Kaiser Foundation Health Plan en el Norte de California. Vaya a la sección "Health Information and Resources" ("Información y Recursos sobre la salud") en la barra de navegación de la izquierda, y luego haga clic en "advance care planning" ("planificación anticipada de la atención médica").



## DECIDA LO QUE ES IMPORTANTE PARA USTED

La siguiente información le ayudará a decidir qué tipo de atención médica es la indicada para usted en el caso de que enferme gravemente o llegue al final de su vida. Use el “**Formulario para comunicar instrucciones sobre la atención médica personal**” para dar a conocer sus deseos a su representante para la atención médica, a sus seres queridos y a sus proveedores de atención médica.

**Su calidad de vida, sus valores y sus decisiones:** un paso importante para ayudar a su representante a comprender sus deseos es comunicar qué es lo que le da valor a su vida. Hay muchas cosas a tener en cuenta. Asegúrese de informar a su representante cuáles son sus ideas y sus creencias en relación con las enfermedades graves y la muerte. Si se le descubriera una enfermedad grave, ¿hasta qué punto desea recibir tratamiento? ¿Desea que se usen métodos artificiales para mantenerlo con vida?

**Opciones de tratamiento:** Es importante considerar las diferentes situaciones en las que usted podría necesitar tratamiento. Piense en los tipos de tratamiento que desearía recibir en el caso de una enfermedad súbita, por ejemplo, un ataque cardíaco, o una enfermedad que podría poner fin a su vida, por ejemplo, cáncer.

Para cada enfermedad, piense el tipo de tratamiento que desearía recibir. Asegúrese de comunicar esto a su representante.

Ejemplos de tratamientos para prolongar artificialmente la vida:

**RCP o resucitación cardiopulmonar;** se usa cuando su corazón se detiene

cardio = corazón    pulmonar = pulmones    resucitación = tratar de volver a la vida

Este tipo de tratamiento involucra todas las medidas que se indican a continuación:

- Hacer presión con fuerza en el pecho para tratar de bombear la sangre; en ocasiones, esta maniobra puede ser tan fuerte que puede fracturarse una costilla.
- Utilizar descargas eléctricas para tratar de restablecer los latidos cardíacos.
- Colocar un tubo en sus vías aéreas unido a una bolsa para bombear aire a sus pulmones.
- Inyectar medicamentos en sus venas.



**Respirador mecánico o artificial:** cuando los pulmones no funcionan lo suficientemente bien por sí solos.

Esta máquina bombea el aire hacia el interior de sus pulmones a través de un tubo colocado en sus vías aéreas. Usted no podrá hablar mientras esté conectado a esta máquina.

**Diálisis:** cuando los riñones dejan de funcionar

Una máquina de diálisis limpia su sangre. Para eso será necesario hacer que su sangre circule hacia el exterior de su cuerpo, pase por la máquina y luego entre nuevamente en su cuerpo a través de tubos colocados en su cuello, brazo o en su ingle. Este tratamiento tarda varias horas en cada sesión y se realiza tres o cuatro veces a la semana.

**Tubo de alimentación:** cuando la persona no puede tragar

Se introduce este tubo en su estómago a través de la garganta, o también se le puede insertar quirúrgicamente en el estómago a través del abdomen.

El Formulario para comunicar instrucciones sobre la atención médica personal que aparece en la página siguiente es un suplemento opcional diseñado para ayudarlo a aclarar sus deseos. Contiene algunos tipos de preguntas que usted deberá contestar en sus Disposiciones de última voluntad. Si en estos momentos completa las respuestas en el formulario anexo, le ayudará a llenar las Disposiciones de última voluntad que comienzan en la página 21. También puede firmar en presencia de testigos este suplemento opcional junto con sus Disposiciones de última voluntad para ayudar a guiar a su(s) representante(s) para la atención médica.

Formulario para comunicar instrucciones sobre la atención médica personal

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

No. de historia clínica de Kaiser: \_\_\_\_\_

**I. Cuánto deseo saber acerca de mi enfermedad:**

*(Por favor, marque la opción 1 ó 2)*

- 1: Deseo saber todos los hechos importantes relacionados con mi enfermedad. Puedo hacer frente mejor a lo que conozco que a lo que desconozco.
- 2: No deseo conocer todos los detalles de mi enfermedad, en especial si son malas noticias. Temo que ese conocimiento debilite mi deseo de vivir y no me permita disfrutar del tiempo que me queda. Si hubiera alguna mala noticia respecto de mi enfermedad, quiero que sea mi representante para la atención médica quien tome las decisiones médicas por mí, incluso si conservo las facultades mentales necesarias para tomar por mí mismo las decisiones relacionadas con mi atención médica.

**II. Con qué precisión quiero que mi representante siga mis instrucciones:**

- A. \_\_\_ He expresado por escrito cómo quiero que se tomen las decisiones relacionadas con la atención médica. **Quiero que mi representante se apegue a lo que dice este documento.** Si surgiera alguna otra decisión que no he tomado en el presente documento, deseo que mi representante se base en la información que tiene acerca de mis deseos y mis valores.
- B. \_\_\_ Mi deseo es guiar a mi representante acerca de cómo quiero que se tomen las decisiones relacionadas con la atención médica, pero entiendo que no puedo prever todo lo que podría pasar. **Deseo que mi representante tenga la autoridad final para tomar decisiones relacionadas con mi atención médica por mí en el caso de que no pueda tomarlas por mí mismo.** Confío en que mi representante recurrirá a todas las fuentes que le permitan conocer mis deseos y mis valores.

Observaciones adicionales para guiar a su representante en la toma de decisiones en nombre de usted (agregar hojas adicionales si fuera necesario):

**III. En el caso de estar agonizando, es importante para mí estar:**

- en mi hogar.
- en el hospital.

Instrucciones adicionales:

Iniciales: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ No. de historia clínica de Kaiser: \_\_\_\_\_

IV. Cuando se acerque el fin de su vida, ¿en qué momento quiere que sus médicos permitan que su muerte tome su cauce natural? Por ejemplo, cuál de estas frases representa mejor lo que usted piensa: ¿1 ó 2?

1: Mi vida sólo tiene sentido si:

*(Marcar todas las opciones que correspondan; puede agregar más opciones si lo desea)*

- puedo hablar con mis familiares o amigos
- puedo comunicarme de alguna manera con mis seres queridos
- puedo recuperarme lo suficiente para poder comer, bañarme y cuidar de mí mismo
- no siento dolor
- puedo vivir sin estar conectado a una máquina
- no soy una carga para mi familia o para otras personas
- puedo tomar decisiones por mí mismo
- puedo ser fiel a mis creencias
- no estoy seguro

2: Mi vida siempre vale la pena, sin importar cuán enfermo esté, incluso aunque no pueda comunicarme en lo absoluto y aunque no haya ninguna probabilidad de mejorar.

V. Si tuviera una enfermedad crónica grave o estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto:

*(Elija la opción que mejor represente lo que usted opina.)*

- Puede probarse cualquier tratamiento para ver si ayuda. Aunque los tratamientos **no funcionen** y haya pocas esperanzas de mejorar, **deseo permanecer** conectado a máquinas para mantener mis funciones vitales hasta mi muerte.
- Puede probarse cualquier tratamiento para ver si ayuda. Si los tratamientos **no funcionen** y hay pocas esperanzas de una mejoría, **no quiero permanecer** conectado a máquinas para mantener mis funciones vitales.

Iniciales: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de historia clínica de Kaiser: \_\_\_\_\_

**V, continuación. Marcar todas las opciones que correspondan:**

- Ya he decidido que **no** quiero recibir los siguientes tratamientos, aunque eso signifique que yo podría morir por no recibirlos:
- No** quiero que se realice ninguna maniobra de RCP.
  - No** quiero estar conectado a un respirador artificial.
  - No** quiero recibir diálisis.
  - No** quiero recibir transfusiones de sangre.
  - No** quiero recibir alimentación ni hidratación artificial.
  - No** quiero recibir medicamentos de ningún tipo.
  - \_\_\_\_\_
  - No quiero recibir ningún tratamiento** para prolongar la vida, aunque eso signifique que yo podría morir por no recibirlos.
  - No quiero permanecer conectado** a equipos para mantener mis funciones vitales en forma artificial durante más de \_\_\_\_\_ y en ese caso deseo  
llene el lapso de tiempo  
\_\_\_\_\_.

**VI. La religión o la espiritualidad** es importante para mí no es importante para mí

Qué deberían saber mis médicos acerca de mi religión o mi espiritualidad:

**VII. Después de mi muerte** **Deseo** donar mis órganos. *¿Qué órganos quiere donar?* cualquier órgano sólo los siguientes órganos \_\_\_\_\_ **no quiero** donar mis órganos. Quiero que lo decida mi **representante para la atención médica**.

Iniciales: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ No. de historia clínica de Kaiser: \_\_\_\_\_

**VIII. Lo que mi representante y mis médicos deben saber acerca de la forma en que quiero que sea tratado mi cuerpo después de que yo muera:**

- No** quiero que se me realice una autopsia.
- Quiero** que se me realice una autopsia si hubiera alguna duda en relación con mi muerte.
- Quiero que mi **representante de atención médica** sea quien decida si se autorizará la realización de una autopsia.
- Mis preferencias respecto del funeral/el entierro/la cremación son \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
- Quiero que mi **representante para atención médica** sea quien decida lo relativo al entierro o la cremación.

Instrucciones adicionales:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted está llenando este formulario al mismo tiempo que sus Disposiciones de última voluntad para la atención médica, por favor recuerde anexarlo a la AHCD para que su firma también pueda ser atestiguada o certificada por un notario público.

# INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA LLENAR LAS DISPOSICIONES DE ÚLTIMA VOLUNTAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

1 de 4

**DISPOSICIONES DE ÚLTIMA VOLUNTAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA**  
Incluye carta poder para la atención médica

IMPRINT / MRN

**PARTE 1: DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PARA QUE TOMÉ LAS DECISIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA**

Nota: Usted debe analizar cuidadosamente sus deseos con su(s) representante(s) designado(s).

1 A Mi nombre es: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mi dirección es: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente designo un representante. Deseo que esta persona ayude a tomar las decisiones médicas.

Su representante o su representante suplente **no** puede ser:

- Su médico de atención primaria
- Una persona que trabaje en el lugar en donde usted recibe atención (a menos que usted...

**Comienzo:** Tome los formularios para las Disposiciones de última voluntad, los cuales se encuentran en las páginas 21–24.

Las Disposiciones de última voluntad para la atención médica constan de 3 partes:

Parte 1: Elija un representante para la atención médica.

Un representante para la atención médica es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted en el caso de que usted estuviera demasiado enfermo para tomarlas.

Parte 2: Tome sus propias decisiones para la atención médica.

Usted tiene derecho a opinar respecto de cómo desea ser tratado.

De esta manera, las personas encargadas de su atención no tendrán que adivinar lo que usted quiere en el caso de que usted no pudiera comunicárselos en forma directa.

Parte 3: **Firme el formulario.**

Este formulario debe ser firmado antes de que pueda ser utilizado.

*Usted puede hacer la Parte 1, la Parte 2 o ambas; como usted quiera. Pero debe asegurarse de firmar el formulario en la Parte 3.*

Vaya a la **PARTE 1**, página 1:

**1 A** Escriba en letra de imprenta su nombre, su apellido, su fecha de nacimiento, su dirección, ciudad, estado y código postal para que quede claro quién está ejecutando esta directiva.

**1 B** Escriba el nombre de su representante. Su representante es la persona que usted desea que tome las decisiones médicas por usted en el caso de que esté demasiado enfermo para tomarlas.

En el caso de que la primera persona elegida no pueda actuar como su representante para la atención médica, escriba el nombre de la segunda persona a la que usted autoriza a tomar decisiones médicas en su nombre.

Vea las páginas 5-7 para obtener información acerca de los representantes de atención médica.

**1 C** Si quiere que su representante comience a representarlo de *inmediato* o *solamente cuando usted no esté capacitado para tomar sus propias decisiones respecto de su atención*, marque con una "X" el casillero correspondiente y escriba sus iniciales en el espacio destinado a tal fin.

**1 D** Escriba sus iniciales para indicar que usted comprende que su representante estará facultado para tomar todos estos tipos de decisiones.

## DE CALIFORNIA

Incluye carta poder para la atención médica

### PARTE 1: DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PARA TOMAR LAS DECISIONES RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN MÉDICA

Nota: Usted debe analizar cuidadosamente esta directiva antes de firmarla.

**1 A**

Mi nombre es: \_\_\_\_\_

Mi dirección es: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente designo un representante para que tome las decisiones médicas por mí en el caso de que yo no pueda hacerlo por mí mismo.

**1 B**

— Una persona que trabaje en el mismo hospital o clínica que usted tenga un parentesco con usted.

#### • REPRESENTANTE PRIMARIO:

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Indicar teléfono de la casa o de la oficina)

#### • 1er. REPRESENTANTE SUPLENTE (S) (Si el representante primario no puede actuar por mí)

Nombre del primer representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Indicar teléfono de la casa o de la oficina)

#### • 2do. REPRESENTANTE SUPLENTE (S) (Si el primer representante no puede actuar por mí)

### ¿CUÁNDO TOMARÁ DECISIONES MÍAS?

(Marque con una X la frase con la que usted quiere que su representante tome las decisiones por usted)

**1 C**

Mi representante para la atención médica tomará las decisiones por mí mientras yo todavía conservo la capacidad para tomar mis propias decisiones.

Mi representante de atención médica tomará las decisiones por mí ÚNICAMENTE cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones.

### LO QUE MI REPRESENTANTE PUEDE HACER POR MÍ

Mi representante podrá tomar decisiones por mí en que yo puedo tomar mis propias decisiones. Mi representante puede (1) aceptar o rechazar un tratamiento médico, (2) administrar de nutrientes y líquidos a través de una vena. (3) Elegir para mí un determinado proveedor de atención médica. (4) Recibir o revisar mi información médica y mi historia de mis registros para su revisión por parte de un médico.



*Si usted no quiere que su representante pueda tomar todas estas decisiones, entonces probablemente éstas no sean las disposiciones de última voluntad para la atención médica indicadas para usted.*

## ¿Qué sucedería si otra persona tratara de tomar las decisiones sobre mi atención?

¿Hay alguien que podría discutir con su representante e interferir con las decisiones de su representante?

**1 E** Si hubiera alguna persona que pudiera hacer esto, usted puede **excluir** a dicha persona para impedir que tome por usted decisiones relacionadas con la atención médica; para ello, deberá escribir el nombre de esta persona en el espacio destinado a tal fin y escribir sus iniciales.

Si no existiera una persona con esas características, marque el Casillero "Sin exclusiones" y escriba sus iniciales.

### QUIÉN NO PODRÁ TOMAR DECISIONES MÉDICAS

- Sin exclusiones \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}
- o  La(s) siguiente(s) persona(s) quedan EXCLUIDAS para tomar decisiones para la atención médica por mí:

**1 F** Si usted quiere dejar que su representante tome estas decisiones después de su muerte, marque el casillero "Sin excepciones" y escriba sus iniciales.

Si no quiere que su representante tome estas decisiones, puede expresar por escrito sus propias decisiones respecto de lo que quiere que se haga con su cuerpo después de su muerte.

## Después de su muerte

### DESPUÉS DE MI MUERTE

Mi representante podrá autorizar la realización de un donar la totalidad o una parte de mi cuerpo. Mi representante con mi cuerpo. Si yo tuviera un testamento escrito o quiero que se haga con mi cuerpo después de mi muerte, dichas instrucciones.

- Sin exclusiones \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}
- o  Deseo hacer excepciones para esta autorización

## Parte 2: Instrucciones referidas a la atención médica

**2 A** Usted puede escribir páginas adicionales con sus propias palabras, o puede usar el formulario de comunicación adjunto “Mis elecciones sobre la atención médica” para guiar a su representante en la toma de decisiones difíciles. Vea la página desprendible previa a estas instrucciones paso a paso.

**2 B** Algunas decisiones para la atención no se dan automáticamente a su representante de atención médica. Si usted quiere que su representante para la atención médica pueda tomar decisiones sobre su cuidado personal, escriba sus iniciales en este párrafo.

### PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN

(Tache las secciones que no correspondan)

He dado instrucciones adicionales por escrito las cuales he anexado al presente.

(Firmar y fechar las páginas anexas de este documento)

### DECISIONES SOBRE EL CUIDADO PERSONAL: D

tome(n) por mí las decisiones relacionadas con mi deseo que mi representante pueda decidir dónde vivir, cómo recibir correo, cuidar de mis pertenencias y cuidar de mi salud. Mi representante puede tomar todas las demás decisiones que estén incluidas en la descripción de la atención médica.

## Part 3: Firma del formulario

Antes de que este formulario pueda ser utilizado, usted debe:

- Firmar el formulario.
- Hacer que dos testigos firmen el formulario.

Si no tiene testigos, necesitará un notario público. La función de un notario público es certificar que usted es la persona que firma el formulario.

**3** Firmar con su nombre y escribir la fecha en la página 3.

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de identificación : \_\_\_\_\_

### PARTE 3: FIRMA DE LA PERSONA

Firme el documento en presencia de \_\_\_\_\_

**3** Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Si la persona que ejecuta esta directiva es \_\_\_\_\_

# Testigos

**4 A** Si usted tiene testigos, pídale que firmen en la página 3.

Vea la página 8 para información acerca de los testigos.

## Notario como testigo

Lleve este formulario ante un notario público **únicamente** en el caso de que no haya sido firmado por dos testigos..

Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

Sólo uno de los testigos puede ser un familiar.

**4 B** El segundo testigo no puede ser un familiar y no debe obtener ningún beneficio económico (recibir alguna suma de dinero o ser uno de los beneficiarios mencionados en el testamento) después de su muerte.

Vaya a la página 4 del formular.

Si usted no reside en un centro para convalecientes,

**4 C** marque el casillero que está al lado de "Actualmente no residio en una instalación de enfermería especializada" y firme con sus iniciales.

Si usted reside en un centro para convalecientes:

- Entregue este formulario al director de su centro para convalecientes o al trabajador social. Necesitará de un testigo adicional.
- Las leyes de California exigen que las personas que residen en un centro para convalecientes hagan que el defensor del paciente (ombudsman) de dicho centro sea uno de los testigos para sus disposiciones de última voluntad.
- Además del defensor del paciente (ombudsman) usted necesitará de un notario o de otro testigo que cumpla con los requisitos antes indicados.

**SÓLO UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN FAMILIAR.**

**4 A** Primer testigo: \_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Segundo testigo: \_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

UNO DE LOS TESTIGOS NO PUEDE SER UN FAMILIAR O UN BENEFICIARIO ECONÓMICO (recibir alguna suma de dinero o ser uno de los beneficiarios del testamento) después de su muerte. D

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD:

(1) Que no tengo parentesco por la línea de sangre con la persona que firma esta Disposición de Última Voluntad.

(2) A mi leal saber y entender, no soy un beneficiario económico de la persona después de su muerte de acuerdo con lo que establece la ley.

**4 B** Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

de enfermería, este documento también debe ser firmado por el defensor del paciente (ombudsman) del Programa del defensor del paciente (ombudsman).

Si se elige el método de los dos testigos, el representante del paciente (ombudsman) puede ser uno de los dos testigos. Si se elige el método de certificación ante un notario, el defensor del paciente (ombudsman) actuará como testigo.

Actualmente no residio en una instalación de enfermería especializada.

**DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE**



## ¿Qué tengo que hacer después de que haya firmado ante testigos mi AHCD?

- Haga varias copias del formulario. Conserve el original en un lugar en el que usted pueda encontrarlo fácilmente, e informe a los demás dónde ha guardado los formularios. No guarde su AHCD en una caja fuerte porque puede ser necesario que otras personas lo encuentren fácilmente en el caso de una emergencia.
- En su próxima visita devuelva a su médico el original firmado ante testigos. Su médico lo incluirá en su expediente médico.
- Entregue fotocopias a su representante y a su(s) representante(s) suplente(s). Asegúrese de que todas las personas que podrían estar involucradas en su atención médica, como su familia, el clero o sus amigos, tengan una copia. Las fotocopias son tan válidas como el original.
- Haga una lista de todas las personas y las instalaciones que recibieron una copia de su AHCD.
- Conserve una copia en un lugar visible y fácil de encontrar; no la guarde en un cajón bajo llave.
- Lleve una copia del formulario con usted si va a ser internado en un hospital, en un centro para convalecientes o en alguna otra instalación de atención médica.

## ¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede modificar o cancelar su AHCD en cualquier momento. Recuerde **recuperar todos los formularios antiguos** y reemplazarlos por sus nuevos formularios de AHCD.

Hable con su representante acerca de lo que su tratamiento médico debería lograr.

La sección “Funciones y responsabilidades del representante de atención médica”, la información que se encuentra en las últimas 3 páginas de este folleto, está diseñada para ayudar a su representante a comprender el papel que juega para cumplir con sus deseos en relación a su atención médica. Por favor, comparta dicha información con su representante.

# DISPOSICIONES DE ÚLTIMA VOLUNTAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

Incluye carta poder para la atención médica

IMPRINT / MRN

## PARTE 1: DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PARA QUE TOME LAS DECISIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

Nota: Usted debe analizar cuidadosamente sus deseos con su(s) representante(s) designado(s).

1 A

Mi nombre es: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi dirección es: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente designo un representante. Deseo que esta persona ayude a tomar las decisiones médicas.

Su representante o su representante suplente **no** puede ser:

- Su médico de atención primaria
- Una persona que trabaje en el lugar en donde usted recibe atención (a menos que usted tenga un parentesco con dicha persona o sea un compañero de trabajo).

1 B

### • REPRESENTANTE PRIMARIO:

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Indicar teléfono de la casa, del trabajo, localizador personal y celular).

### • 1er. REPRESENTANTE SUPLENTE (Si el representante no puede, no desea o no está disponible para tomar decisiones.)

Nombre del primer representante suplente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Indicar teléfono de la casa, del trabajo, localizador personal y celular).

### • 2do. REPRESENTANTE SUPLENT (Si el representante y el 1er. representante suplente no pueden, no desean o no están disponibles para la toma de decisiones.)

Nombre del segundo representante suplente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Indicar teléfono de la casa, del trabajo, localizador personal y celular).

## ¿CUÁNDO TOMARÁ DECISIONES MI REPRESENTANTE?:

(Marque con una X la frase con la que usted está de acuerdo.)

1 C

Mi representante para la atención médica puede tomar decisiones de atención médica por mí mientras yo todavía conserve mis facultades mentales para tomar decisiones. \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}

Mi representante de atención médica tomará decisiones para la atención médica por mí ÚNICAMENTE cuando yo no tenga las facultades mentales necesarias para tomar mis propias decisiones de atención médica. \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}

**LO QUE MI REPRESENTANTE PUEDE HACER**

Mi representante podrá tomar decisiones para la atención médica por mí de la misma forma en que yo puedo tomar mis propias decisiones en este momento. Por ejemplo, mi representante puede (1) aceptar o rechazar un tratamiento, incluso aceptar o interrumpir la administración de nutrientes y líquidos a través de un tubo directamente en mi estómago o en una vena. (2) Elegir para mí un determinado médico o una instalación de atención médica. (3) Recibir o revisar mi información médica y mis expedientes médicos, o permitir la divulgación de mis registros para su revisión por parte de terceros. \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}

1 D

**QUIÉN NO PODRÁ TOMAR DECISIONES MÉDICAS POR MÍ**

1 E

- Sin exclusiones \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}
- o  La(s) siguiente(s) persona(s) quedan EXCLUÍDAS de participar en la toma de decisiones para la atención médica por mí:  
 \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}

**DESPUÉS DE MI MUERTE**

Mi representante podrá autorizar la realización de una autopsia. Mi representante podrá donar la totalidad o una parte de mi cuerpo. Mi representante podrá decidir qué se hará con mi cuerpo. Si yo tuviera un testamento escrito o hubiera realizado arreglos para lo que quiero que se haga con mi cuerpo después de mi muerte, mi representante deberá respetar dichas instrucciones.

1 F

- Sin exclusiones \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}
- o  Deseo hacer excepciones para esta autoridad. Escríbalas aquí:  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}

- or  Deseo hacer excepciones para esta autoridad. Ver el anexo a este formulario.  
 (Firmar y fechar las páginas anexas de este documento en presencia de un testigo.)

**PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

(Tache las secciones que no correspondan)

- He dado instrucciones adicionales por escrito para mi representante, las cuales he anexo al presente.

2 A

(Firmar y fechar las páginas anexas de este documento en presencia de un testigo).

**DECISIONES SOBRE EL CUIDADO PERSONAL:** Deseo que mi(s) representante(s) tome(n) por mí las decisiones relacionadas con mi cuidado personal. Por ejemplo, deseo que mi representante pueda decidir dónde viviré, elegir mi ropa, recibir mi correo, cuidar de mis pertenencias y cuidar de mi(s) mascota(s), si las hubiera. Mi representante puede tomar todas las demás decisiones de índole personal que no estén incluidas en la descripción de la atención médica. \_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}

2 B

**REVOCACIÓN DE DOCUMENTOS ANTERIORES:** Revoco cualquier Carta poder para atención médica, Instrucción para la atención médica individual o Declaración de deseos para muerte natural que hubiera sido previamente firmada. Tengo derecho a revocar esta directiva en el futuro mediante la creación de una nueva directiva que la reemplace.

\_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}



nombre : \_\_\_\_\_ No. de historia clínica: \_\_\_\_\_

**PARTE 3: FIRMA DE LA PERSONA QUE EJECUTA ESTA DIRECTIVA**

Firme el documento en presencia de los testigos o del notario.

3 Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Si la persona que ejecuta esta directiva no puede escribir, deberá colocar una marca. Un testigo deberá escribir el nombre de la persona que ejecuta esta directiva y firmar la página siguiente.

**PARTE 4: ESTE DOCUMENTO DEBE SER FIRMADO POR DOS TESTIGOS O BIEN DEBE SER CERTIFICADO POR UN NOTARIO EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

TESTIGO: Algunas personas no pueden ser testigos. Estos requisitos se explican en las siguientes declaraciones del testigo:

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD CONFORME A LAS LEYES DE CALIFORNIA

- (1) Que conozco personalmente a la persona que firmó o ratificó estas Disposiciones de última voluntad para la atención médica, o bien que he recibido evidencia fehaciente de la identidad de dicha persona,
- (2) Que la persona firmó o ratificó estas Disposiciones de última voluntad para la atención médica en mi presencia,
- (3) Que dicha persona parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y sin la intervención de ningún elemento de coerción, engaño o coacción,
- (4) Que no soy la persona designada como representante por estas Disposiciones de última voluntad, y
- (5) Que no soy el proveedor de atención médica de dicha persona, empleado del proveedor de atención médica de la persona, encargado de una instalación comunitaria de atención, empleado del encargado de una instalación comunitaria de atención, encargado de una instalación residencial de atención, ni empleado del encargado de una instalación residencial de atención para personas mayores.

**SÓLO UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN FAMILIAR.**

4 A Primer testigo: \_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) Firma

Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Segundo testigo: \_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta) Firma

Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

UNO DE LOS TESTIGOS NO PUEDE SER UN FAMILIAR y no debe obtener ningún beneficio económico (recibir alguna suma de dinero o ser uno de los beneficiarios mencionados en el testamento) después de su muerte. Dicha persona debe firmar nuevamente a continuación:

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD CONFORME A LAS LEYES DE CALIFORNIA

- (1) Que no tengo parentesco por lazo sanguíneo, por matrimonio ni por adopción con la persona que firma esta Disposición de última voluntad para la atención médica,
- (2) A mi leal saber y entender, no soy beneficiario de parte alguna de la herencia de dicha persona después de su muerte de acuerdo con un testamento existente o de conformidad con lo que establece la ley.

4 B Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

nombre : \_\_\_\_\_ No. de historia clínica: \_\_\_\_\_

SÓLO en el caso de que la persona que ejecuta esta directiva no pueda escribir, los testigos deberán llenar esta sección: \_\_\_\_\_, está incapacitado para escribir, ha colocado su marca en nuestra presencia y ha solicitado al primero de los abajo firmantes que escriba su nombre, lo cual éste hizo, y ahora procederemos a consignar nuestros nombres como testigos a tal fin.

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo No. 1

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo No. 2

### CERTIFICADO DE CONOCIMIENTO DEL NOTARIO PÚBLICO

(No es necesario si se aplicó el método de los dos testigos)

Estado de California, Condado de \_\_\_\_\_

A los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en mi presencia, el abajo firmante, notario público con ejercicio en dicho Estado y en representación del mismo, se presentó ante mí \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente o me ha presentado evidencia satisfactoria de ser la persona que firma el presente instrumento, y me ha manifestado que ha firmado este instrumento.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, estampo mi firma y sello oficial.

Firma \_\_\_\_\_

(sello)

Si el titular (la persona que designa al representante) actualmente reside en una instalación de enfermería, este documento también debe ser atestiguado por un representante del Programa del defensor del paciente (ombudsman) de atención a largo plazo de California. Si se elige el método de los dos testigos, el representante del Programa del defensor del paciente (ombudsman) puede ser uno de los dos testigos, o puede actuar como un tercer testigo. Si se elige el método de certificación ante notario, el representante del Programa del defensor del paciente (ombudsman) actuará como un testigo aparte.

Actualmente no resido en una instalación de enfermería especializada.

\_\_\_\_\_ {escriba sus iniciales aquí}

4 C

### DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA DEL DEFENSOR EL PACIENTE

(Se requiere SÓLO si la persona que designa al representante actualmente reside en una instalación de enfermería.)

Declaro bajo protesta de decir verdad conforme a las leyes de California que soy el defensor del paciente (ombudsman) designado por el Departamento de ancianidad de California (*California Department of Aging*) y que estoy actuando como testigo de acuerdo con lo establecido por la Sección 4675 del Código testamentario de California.

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Funciones y responsabilidades del representante para la atención médica



*Por favor, comparta esta información con todas las personas que usted esté considerando como posibles representantes para la atención médica para que comprendan cuáles son sus funciones y responsabilidades.*

Ser un representante para la atención médica puede ser uno de los papeles más importantes que una persona puede desempeñar. Es una forma de cumplir con un pedido hecho por un ser querido o por un amigo cercano para asegurarse de que sus deseos en relación con la atención que se le brinde se cumplan cuando esta persona ya no pueda tomar por sí misma las decisiones relacionadas con su atención.

### **¿Cómo se convierte uno en un representante para la atención médica?**

Los representantes para la atención médica generalmente se eligen cuando una persona llena las **Disposiciones de última voluntad para la atención médica**. Las Disposiciones de última voluntad para la atención médica (AHCD, por sus siglas en inglés) es un documento legal. Permite que las personas manifiesten por escrito en forma anticipada el tipo de atención que desearían o no desearían recibir, y también le permite identificar a una persona mayor de 18 años de edad de su confianza y quien ha aceptado cumplir sus deseos cuando ya no pueda tomar por sí mismo las decisiones relacionadas con su cuidado. Esta persona se conoce con el nombre de "representante para la atención médica". Los términos "sustituto" o "apoderado legal" se usan algunas veces en lugar de "representante", pero significan lo mismo.

La persona que llena las Disposiciones de última voluntad para la atención médica conoce bien al representante para la atención médica y confía en él para cumplir sus deseos y para que actúe en su nombre y representación. El representante, por lo tanto, debe tener de antemano una comprensión aceptable de los valores y las preferencias de tratamiento del ser querido, para que pueda estar preparados para desempeñar la función de representante cuando llegue el momento. Convertirse en representante de un ser querido no significa asumir la responsabilidad financiera por esa persona.

## Como representante para la atención médica, ¿cuándo comenzaría a tomar decisiones relacionadas con la atención médica en representación de mi ser querido?

En ocasiones a los representantes se les solicita que comiencen a tomar decisiones relacionadas con la atención médica en representación de un ser querido aun cuando dicha persona aún pueda tomar sus propias decisiones en relación con su atención médica. Sin embargo, lo más frecuente es que usted deba tomar decisiones respecto de la atención médica de su ser querido cuando la persona ya **no pueda tomar por sí mismo** este tipo de decisiones. Su función como representante para la atención médica entrará en vigor (**comenzará**) cuando los proveedores de atención médica determinen que su ser querido está demasiado enfermo para participar en la toma de decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento. Cuando esto suceda, los proveedores de atención médica comenzarán a recurrir a usted para decidir acerca del curso futuro del tratamiento de su ser querido. No obstante, en el momento o en el caso de que su ser querido recobre su capacidad para tomar decisiones, su función como representante puede dejar de ser necesaria (es decir, **puede dejar de ser efectiva**), y el equipo de atención médica comenzará a colaborar nuevamente con su representado en la toma de estas decisiones.

## ¿Cómo tomaría decisiones en representación de mi ser querido?

Su función como representante para la atención médica será tomar decisiones en representación de su ser querido. Usted podrá conversar con los proveedores de atención médica de su ser querido acerca de las distintas opciones de tratamiento. Sus decisiones estarán basadas en lo que usted sabe acerca de los deseos de su ser querido o de cómo cree usted que esa persona tomaría ciertas decisiones. Esta es una responsabilidad muy importante. Las decisiones que usted tome dependerán de lo siguiente:

- Las indicaciones por escrito que haya hecho su ser querido acerca de sus opciones de tratamiento en sus Disposiciones de última voluntad, así como también las conversaciones que esta persona haya tenido con los proveedores de atención médica y que estén documentadas (consignadas por escrito) en sus expedientes médicos.
- Las conversaciones que su ser querido haya tenido con usted o con otras personas acerca de los tipos de tratamientos médicos que le gustaría o no le gustaría recibir, sus valores y sus preferencias espirituales.
- La colaboración con el equipo de atención médica para tomar decisiones en relación con temas que pueden no estar claramente cubiertos por las Disposiciones de última voluntad de su ser querido, o por conversaciones documentadas con los proveedores de atención médica, o por conversaciones previas con usted y con otros familiares o amigos cercanos.



## ¿Qué tipo de decisiones deberé tomar?

Los proveedores de atención médica de su ser querido le ayudarán a comprender qué es lo que cada tratamiento o procedimiento propuesto implica. Ellos le explicarán los riesgos, los beneficios y otras opciones. Su función como representante será tomar decisiones basadas en lo que su ser querido probablemente hubiera elegido si hubiera estado lo suficientemente bien para participar de la toma de decisiones, ***aunque eso no sea lo que usted elegiría en su lugar***. Estas decisiones pueden incluir lo siguiente:

- Uso de un respirador mecánico o artificial. Un respirador artificial bombea aire hacia en interiores de los pulmones y reemplaza la función respiratoria cuando la persona no puede respirar normalmente.
- Intervenciones o procedimientos quirúrgicos.
- Inicio, modificación o suspensión de ciertos medicamentos.
- Uso de nutrientes e hidratación (agua y alimentos) en forma artificial cuando su ser querido ya no pueda deglutir los alimentos.
- La decisión de realizar o no transfusiones de sangre.
- Uso de RCP (Resucitación cardio-pulmonar) para restablecer los latidos cardíacos.
- Uso de un equipo para diálisis que limpia la sangre cuando los riñones han dejado de funcionar.
- Elección o cambio de los proveedores de atención médica, o traslados a otras instalaciones de atención médica, p. ej. otro hospital u otro centro para convalecientes.
- Comunicarse con el ministro, clérigo u otro consejero espiritual de su ser querido para que le brinde apoyo espiritual.
- Decidir dónde pasará sus últimos días su ser querido (en su hogar, en el hospital o en otro lugar).
- Donar órganos o tejidos, autorizar una autopsia o tomar decisiones respecto de qué se hará con el cuerpo luego de la muerte.

## Decisiones difíciles en relación con la atención médica: la atención al final de la vida

Puede llegar un momento en que el estado de su ser querido empeore y sea claro que ya no hay esperanzas de que mejore. Cuando llegue ese momento, es posible que se le pida que tome decisiones respecto de iniciar o interrumpir los tratamientos destinados a prolongar la vida. Estas son las decisiones más difíciles que pueda tener que hacer. Puede ser emocionalmente difícil saber que las decisiones que son necesarias pueden llevar a la muerte de su ser querido.

En esas circunstancias, más que nunca, usted deberá basarse en los deseos expresados o indicados por su ser querido, en su perspectiva frente a la vida, en sus valores y en su espiritualidad para decidir la forma en que esa persona desearía vivir sus últimos días.



Estamos para ayudarle.

Cuando llegue el momento, usted no tendrá que tomar estas decisiones solo. Nuestros médicos, enfermeros, trabajadores sociales, comités de bioética y demás integrantes de nuestro personal están a su disposición para ayudarle a encontrar una respuesta a sus interrogantes y analizar las opciones de tratamiento. Podemos ayudar a brindar el apoyo emocional que usted necesita para cumplir con los deseos de ese ser querido.

# Seguimiento de mis Disposiciones de última voluntad para la atención médica

Fecha de mis Disposiciones de última voluntad para la atención médica (AHCD): \_\_\_\_\_.

Lugar fácil de encontrar donde guardo copias adicionales de mi AHCD:

Todas las personas e instalaciones a las cuales he entregado copias de mi AHCD:

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
_____	_____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)	(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
_____	_____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)	(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
_____	_____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)	(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
_____	_____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)	(teléfono en la casa, en el trabajo, celular y localizador personal)

Recorte y guarde en su billetera (cartera) junto con su tarjeta médica.

<p><b>Important notice to medical personnel:</b> (Aviso importante para el personal médico.)</p> <p>I have a California Advance Health Care Directive.</p> <p>_____</p> <p>firma</p> <p>In an emergency, please consult my health care agent(s):</p> <p>_____</p> <p>nombre del representante principal</p> <p>_____</p> <p>dirección ciudad / estado / código postal</p> <p>_____</p> <p>teléfono (celular, casa) <b>See other side / ver al otro lado</b></p>	Doblar	<p>_____</p> <p>nombre del representante alternativo / alternate agent name</p> <p>_____</p> <p>dirección ciudad / estado / código postal</p> <p>_____</p> <p>teléfono (celular, casa)</p> <p><b>My Advance Health Care Directive is located at:</b> (Mis Disposiciones de última voluntad para la atención médica se hallan en:)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**KAISER PERMANENTE®**

Esta información no pretende diagnosticar problemas de salud ni sustituir los consejos médicos ni el cuidado que usted recibe de su médico o de otro profesional de la salud. Si tiene problemas de salud persistentes, o si tiene preguntas adicionales, por favor consulte con su médico.