

Instrucción anticipada de atención de salud de California

Esta forma le permite indicar cómo desea que le traten si está muy enfermo.

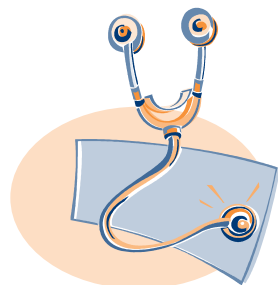


● Esta forma consta de 3 partes. Le permite:



Parte 1: Escoger un apoderado de atención de salud.

Un apoderado de atención de salud es una persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.



Parte 2: Tomar sus propias decisiones de atención de salud.

Esta forma le permite escoger el tipo de atención de salud que desea. De esta manera, las personas encargadas de su cuidado no tendrán que adivinar lo que desea si está muy enfermo para decirlo por usted mismo.



Parte 3: Firmar el formulario.

Se debe firmar antes de que se pueda usar.

**Usted puede llenar la Parte 1, la Parte 2 o ambas.
Siempre firme el formulario en la página E9.**

**Es necesario que 2 testigos firmen en la página E10 o
que un notario público firme en la página E11.**

SU NOMBRE: _____

Vaya a la página siguiente



S1

Si sólo desea un apoderado de atención de salud, vaya a la Parte 1 en la página E3.

Si sólo desea tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página E6.

Si desea hacer ambas cosas, llene la Parte 1 y la Parte 2.

Siempre firme el formulario en la Parte 3 que está en la página E9.

Es necesario que 2 testigos firmen en la página E10 o que un notario público firme en la página E11.

● ¿Qué hago con el formulario después de llenarlo?

Compártalo con aquellos encargados de su cuidado:

- médicos
- enfermeras
- trabajadores sociales
- familiares y amigos
- apoderado de atención de salud



● ¿Qué sucede si cambio de opinión?

- Debe llenar un formulario nuevo.
- Informe sobre los cambios a aquellos encargados de su cuidado.
- Entregue el formulario nuevo a su apoderado de atención de salud y a su médico.



● ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre el formulario?

- Haga las preguntas que usted tenga a los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, apoderados de atención de salud, familiares o amigos para que se las respondan.

● ¿Qué sucede si tengo decisiones de atención de salud que no aparecen en esta forma?

- Escriba sus decisiones en una hoja adicional.
- Guarde la hoja junto a esta forma.
- Comparta sus decisiones con aquellos encargados de su cuidado.



PARTE 1**Escoger un apoderado de atención de salud**

La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está muy enfermo para tomarlas por usted mismo.

¿A quién debo escoger como mi apoderado de atención de salud?

Un familiar o amigo que:



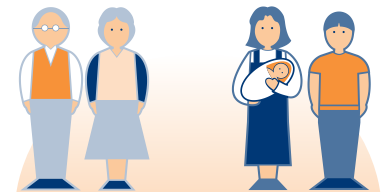
- tenga como mínimo 18 años
- le conozca bien
- pueda estar con usted cuando lo necesite
- usted confíe que hará lo mejor para usted
- pueda informarle a los médicos sobre las decisiones que tomó en esta forma



Su apoderado **no puede** ser su médico o alguien que trabaje en el hospital o clínica, a menos que sea un familiar.

¿Qué sucede si no escojo un apoderado de atención de salud?

Si está demasiado enfermo como para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares más directos que tomen las decisiones por usted.



Si desea que su apoderado no sea un familiar, debe escribir su nombre en esta forma.

¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi apoderado de atención de salud?

Aceptar, rechazar, cambiar, suspender o escoger:

:

- médicos, enfermeras, trabajadores sociales
- hospitales o clínicas
- medicamentos, exámenes o tratamientos
- lo que sucederá con su cuerpo y órganos después de su muerte



Su apoderado deberá seguir las decisiones de atención de salud que usted tome en la Parte 2.

Vaya a la página siguiente



S3

Otras decisiones que su apoderado puede tomar:

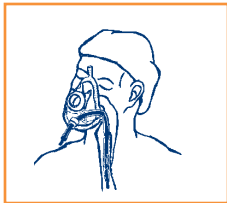
● **Tratamientos de soporte vital** – tratamiento médico para ayudarle a vivir más tiempo

- **RCP o reanimación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation)**
cardio = corazón • pulmonar = pulmones • reanimación = recuperación



Estos tratamientos pueden ser:

- presionar con fuerza en el pecho para mantener la circulación de la sangre
- choques eléctricos para hacer que el corazón vuelva a funcionar
- medicamentos a través de las venas



- **Respirador artificial**

El respirador bombea aire a los pulmones y respira por usted. Usted no puede hablar cuando se encuentra conectado al respirador.

- **Diálisis**

Una máquina que limpia la sangre si los riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

Una sonda que se usa para alimentarle si no puede tragar. Esta sonda se inserta por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.



- **Transfusiones de sangre**

Poner sangre en las venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

● **Cuidados para el final de la vida** – si existe la posibilidad de que muera pronto, su apoderado de atención de salud puede:



- llamar a un guía espiritual
- decidir si muere en su casa o en el hospital



Comparta esta forma con su apoderado de atención de salud. Dígale a su apoderado el tipo de tratamiento médico que desea.



Su representante de atención médica



- **Deseo que esta persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica. Escriba esto en la página E5.**

nombre _____ apellido _____
 dirección _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____
 () - () -
 número de teléfono particular _____ número de teléfono del trabajo _____

- **Si esta primera persona no puede hacerlo, deseo que esta otra persona tome por mí las decisiones relacionadas con la atención médica.**

nombre _____ apellido _____
 dirección _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____
 () - () -
 número de teléfono particular _____ número de teléfono del trabajo _____

- **Marque con una X la oración con la que está de acuerdo. Marque esto en la página E5.**

- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí inmediatamente después de que yo firme este formulario.
- Mi representante de atención médica puede tomar decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones.

- **Puede escribir en este formulario sus elecciones relacionadas con la atención médica. ¿Cómo desea que su representante de atención médica cumpla estas elecciones? Marque con una X una oración con la que más esté de acuerdo. Marque esto en la página E5.**

- Deseo que mi representante de atención médica tome decisiones junto con mis médicos de acuerdo con su criterio. Acepto que mi representante cumpla mis elecciones de atención médica que figuran en este formulario como una **pauta general**.

A pesar de que acepto que se cumplan mis elecciones de atención médica como una pauta general, hay algunas elecciones que no deseo cambiar:

- Deseo que mi representante siga mis elecciones de atención médica **exactamente** tal como están expresadas en este formulario. Nunca deseo que mi representante cambie mis elecciones, aunque los médicos consideren que no son buenas para mí.

Para tomar sus propias decisiones de atención de salud, vaya a la Parte 2 en la página siguiente.

Para firmar esta forma, vaya a la Parte 3 en la página E9.



PARTE 2 Tomar sus propias decisiones de atención de salud

Escriba sus decisiones de manera que aquellos encargados de su cuidado no tengan que adivinar. Escriba sus decisiones en la página E6.

● Piense en las cosas que hacen que su vida valga la pena.

☐ Mi vida **sólo** vale la pena si puedo:

Marque con una X **todas** las frases con las cuales esté de acuerdo en la página E6.

- conversar con mi familia o amigos
- despertar de un estado de coma
- alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo
- no sentir dolor
- vivir sin estar conectado a máquinas
- no estoy seguro



☐ Mi vida siempre vale la pena sin importar lo enfermo que esté.

● Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

- en casa en el hospital no estoy seguro

● ¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

- no sí Si usted tiene una religión... ¿Cuál es?

● ¿Qué deben saber los médicos sobre su religión o espiritualidad?

Si está enfermo, sus médicos y enfermeras siempre intentarán mantenerle lo más cómodo posible y sin dolor.



Los tratamientos de soporte vital se usan para mantenerle vivo. Estos pueden ser RCP, un respirador artificial, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

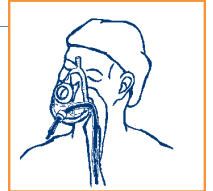
Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.
Por favor, lea toda esta página antes de tomar sus decisiones.
Marque sus respuestas en la página E7.

Si estoy muy enfermo y puedo morir pronto:

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.



Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital.



- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar.

Si los tratamientos **no funcionan** y existe una mínima esperanza de mejorarme, **no deseo que me conecten** a máquinas de soporte vital.

- Deseo que se intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar, **pero no** los siguientes.

Marque los tratamientos que **no desee**.

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> RPC | <input type="radio"/> sonda de alimentación |
| <input type="radio"/> diálisis | <input type="radio"/> transfusión de sangre |
| <input type="radio"/> respirador artificial | <input type="radio"/> medicamentos |
| <input type="radio"/> otros tratamientos _____ | |

- No deseo ningún** tratamiento de soporte vital.

- Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida por mí.

- No estoy seguro.

Vaya a la página siguiente



Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos y autopsia después de morir. Infórmenos sus deseos.

Marque con una X la frase con la cual esté más de acuerdo.

Marque sus respuestas en la página E8.

● Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

Deseo donar mis órganos.

¿Qué órganos desea donar?

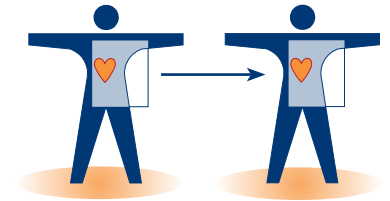
cualquier órgano

sólo _____

No deseo donar mis órganos.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

No estoy seguro.



● Se puede realizar una autopsia después de la muerte para saber por qué murió una persona.

Se realiza mediante una cirugía. Puede tardar algunos días.

Deseo una autopsia.

No deseo una autopsia.

Deseo una autopsia si existe alguna duda sobre mi muerte.

Deseo que mi **apoderado de atención de salud** decida.

No estoy seguro.



● ¿Qué deben saber sus médicos sobre la forma en que desea se trate su cuerpo después de que muera?



PARTE 3**Firmar el formulario
en la página E9**

Antes de que se pueda usar esta forma, usted debe:

- Firmar el formulario en la página E9.
- Pedirles a dos testigos que lo firmen en la página E10.

Si usted no tiene testigos, un notario público debe firmar en la página E11.

El trabajo del notario público es asegurarse de que sea usted quien firma el formulario.

Firme e indique la fecha en la página E9.

_____ / _____ / _____
firma

_____ / _____ / _____
fecha

_____ / _____ / _____
nombre en letra de molde

_____ / _____ / _____
apellido en letra de molde

_____ / _____ / _____
dirección

_____ / _____ / _____
ciudad

_____ / _____ / _____
estado

_____ / _____ / _____
código postal

Su testigo debe:

- ser mayor de 18 años
- conocerle a usted
- verle firmar esta forma



Su testigo no puede:

- ser su apoderado de atención de salud
- ser su proveedor de atención de salud
- trabajar para su proveedor de atención de salud
- trabajar en el lugar donde usted vive (si usted vive en una casa de reposo, vaya a la página E12)

Además, los testigos no pueden:

- estar relacionados con usted de ningún modo
- beneficiarse financieramente (recibir dinero o propiedades) después de su muerte

Los testigos tienen que firmar en la página E10.

Si no tiene testigos, lleve esta forma a un notario público y pídale que firme en la página E11.

Pídale a sus testigos que firmen e indiquen la fecha en la página E10

Por medio de mi firma, doy fe que _____ firmó esta forma
(nombre)
mientras yo le miraba.

Esta persona tenía un uso pleno de su capacidad mental y no fue forzada a firmarlo.

También doy fe de que:

- Conozco a esta persona o esta persona demostró quién era
- Soy mayor de 18 años
- No soy su apoderado atención de salud
- No soy su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo para su proveedor de cuidado de la salud
- No trabajo en el lugar donde vive esta persona



Uno de los testigos también debe dar fe de lo siguiente:

- No tengo un parentesco de sangre, por matrimonio ni adopción
- No recibiré un beneficio económico (dinero o propiedades) después de que esta persona muera

● Testigo 1: Firmen en la página E10.

firma

fecha

nombre en letra de molde

apellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal

● Testigo 2: Firmen en la página E10.

firma

fecha

nombre en letra de molde

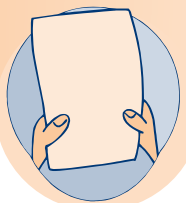
apellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal



Ha terminado de llenar esta forma.

Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.



S10

Converse con ellos sobre sus decisiones.

NOTARIO PÚBLICO

- Lleve esta forma a un notario público **SOLAMENTE** si no lo han firmado dos testigos.
- Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)



CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

State of California

County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
 appeared _____
Name(s) of Signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or Type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
- Guardian or conservator
- Other _____

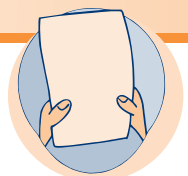


(Notary Seal)

Ha terminado de llenar esta forma.

Comparta esta forma con sus médicos, enfermeras, trabajadores sociales, amigos, familiares y su apoderado de atención de salud.

Converse con ellos sobre sus decisiones.



SÓLO para residentes de casas de reposo del estado de California

- **Entréguele esta forma al director de su casa de reposo, **sólo** si vive en una.**
- **La ley de California exige que los residentes de las casas de reposo tengan al mediador público (ombudsman) como testigo de las instrucciones anticipadas.**

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR LEGAL (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN

“Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California que soy el defensor o mediador público (ombudsman) designado por el Departamento Estatal de la Tercera Edad y que actúo como testigo según lo estipulado en la Sección 4675 del Código de Sucesiones.”

firma

fecha

nombre en letra de molde

apellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal

Estas instrucciones anticipadas cumplen con el Código de Sucesiones de California, Sección 4671-4675.

<http://www.leginfo.ca.gov/calaw.html>

Esta obra cuenta con licencia de acuerdo con la Licencia de Bienes Comunes Creativos - Sin Fines Comerciales - Para Compartir. Para ver una copia de esta licencia, visite: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Revisado el 1/18/2010

