



# Directrices Para Los Cuidados de La Salud

Chart ID/MRN: \_\_\_\_\_

Yo, quien subscribe, \_\_\_\_\_, entiendo que este documento me permite que tome una o ambas de las siguientes decisiones:

**PARTE I:** Decisión de designar a otra persona (llamada agente de salud [**healthcare agent**]) para que tome decisiones sobre mis cuidados de salud [**healthcare decisions**] actuando en mi nombre, en caso de encontrarme impedido/a de decidir o hablar por mí mismo/a. Mi agente de salud deberá tomar decisiones de cuidados de salud en mi nombre, si se requieren, fundamentándose para esto en las instrucciones que a tal efecto proporcione en este documento (Parte III), así como en las opiniones que le he manifestado, o, en el caso de que yo no hubiese manifestado mis opiniones sobre cuidados de salud, deberá actuar según lo que sea de mayor beneficio para mi persona.

**Y / O**

**PARTE III:** Decisión de suministrar instrucciones sobre cuidados de salud que le sirvan de guía a las personas que estén tomando decisiones de cuidados de salud en mi nombre. En el caso de que yo hubiese designado un agente de salud, estas instrucciones deberán ser usadas por dicho agente. Estas instrucciones pudieran igualmente ser usadas por mis médicos y demás proveedores de cuidados de salud [**healthcare providers**], así como por las demás personas que estén prestando su asistencia para mis cuidados de salud y también por mis familiares, en el caso de que yo no pudiese tomar decisiones por mí mismo.

## PARTE I: DESIGNACIÓN DEL AGENTE DE SALUD

Este agente es quien yo quiero que tome las decisiones de cuidados de salud en mi nombre, en el caso de que yo no pudiese tomar tales decisiones ni hablar por mí mismo. (Entiendo que puedo cambiar mi agente o agente alterno en cualquier momento y entiendo que no estoy obligado/a a designar un agente o un agente alterno.)

(NOTA: Si Ud. designa un agente, debería conversar con su agente sobre estas directrices para sus cuidados de salud y entregarle una fotocopia. Si Ud. no desea designar un agente, puede dejar la Parte I en blanco y pasar a la Parte II.)

Cuando yo no pueda decidir o hablar por mí mismo/a, yo deposito mi confianza y designo a \_\_\_\_\_ para que pueda tomar, en mi nombre, las decisiones de cuidados de salud. A esta persona se le llama mi agente de salud [**healthcare agent**].

Relación entre mi agente de salud y mi persona: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de mi agente de salud: \_\_\_\_\_

Dirección de mi agente de salud: \_\_\_\_\_

(OPCIONAL) DESIGNACIÓN DE UN AGENTE DE SALUD ALTERNO: Si mi agente de salud no se

encuentra razonablemente disponible, yo otorgo mi confianza y designo a \_\_\_\_\_ para que sea mi agente de salud en su lugar.

Relación entre mi agente de salud alterno y mi persona: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de mi agente de salud alterno: \_\_\_\_\_

Dirección de mi agente de salud alterno: \_\_\_\_\_

## **Directrices para los cuidados de la salud**

Esto es lo que yo quiero que mi agente de salud pueda hacer en el caso de que yo no pueda tomar mis propias decisiones o hablar por mí mismo. (Entiendo que puedo cambiar estas opciones.)

Mi agente de salud tiene automáticamente los poderes que se indican abajo en (A) hasta (D).

Mi agente de salud deberá seguir mis instrucciones sobre cuidados de salud indicadas en este documento o cualquier otra directriz que yo le haya dado. En el caso de que yo no hubiese girado directrices sobre mis cuidados de salud, mi agente deberá actuar para mi mayor beneficio.

Cada vez que yo no pueda tomar mis propias decisiones o hablar por mí mismo, mi agente de salud tendrá los siguientes poderes:

- (A) Tomar cualquier decisión de cuidados de salud en mi nombre. Inclusive el poder para otorgar, negar o retirar el consentimiento para cualquier cuidado de salud, tratamiento, servicio, o procedimientos. Inclusive decidir si deberá suspenderse o si no deberá iniciarse algún cuidado médico que me esté manteniendo con vida o que pudiese mantenerme con vida y decidir respecto a tratamientos de salud mental de tipo invasivo.
- (B) Escoger a mis proveedores de cuidados de salud [healthcare providers].
- (C) Escoger el lugar donde yo deberé vivir y recibir cuidados y soportes de salud cuando tales decisiones se relacionen con mis necesidades de cuidados de salud.
- (D) Revisar mis registros médicos y gozar de los mismos derechos que yo tendría para revelar mis registros médicos a terceras personas.

En el caso de que **yo no** quisiese que mi agente de salud tuviese alguno de los poderes antes mencionados en (A) hasta (D) **o** si yo quisiese **limitar** alguno de tales poderes en (A) hasta (D), yo **deberé** expresar esto aquí:

---

---

Mi agente de salud **no** recibe automáticamente los poderes indicados abajo en los puntos (1) y (2). Si yo **quisiese** que mi agente tuviese alguno de los poderes indicados en (1) y (2), deberé poner mis **iniciales** en la línea en frente a dicho poder; así mi agente **tendrá** dicho poder.

\_\_\_\_\_ (1) Decidir sobre la donación de mis órganos al momento de mi fallecimiento.

\_\_\_\_\_ (2) Decidir sobre lo que deberá disponerse con mi cuerpo al fallecer (sepultura, cremación).

Si yo quisiese agregar algo más acerca de los poderes otorgados a mi agente de salud o limitar dichos poderes, puedo expresar eso aquí:

---

---

## PARTE II: HOJA DE TRABAJO PARA INSTRUCTIVO SOBRE LOS CUIDADOS DE LA SALUD MIS METAS SOBRE CUIDADOS MÉDICOS

Las personas que deberán tomar en nombre suyo las decisiones de cuidados de salud, bajo circunstancias diferentes y complejas, tendrán algo en que apoyarse si Ud. tiene una buena idea sobre lo que es de importancia para Ud. Lea cada uno de los puntos que aparecen abajo y, sobre una escala de "0" a "4", asigne una puntuación para indicar la importancia que cada una de estas metas de cuidados de salud tiene para Ud. En este caso, "4" significa "Extremadamente Importante" mientras que "0" significa "No Importante en Nada". Recuerde, que los cuidados médicos razonables deberán incluir siempre el mantener a la persona en condiciones de comodidad, higiene y dignidad humana.

<b>METAS DE CUIDADOS DE SALUD</b>	No importante	1	Más o Menos Importante	3	Extremadamente Importante
	0	1	2	3	4
<b>¿Qué importancia tiene el control del dolor?</b>					
❖ Estar lo más cómodo/a y sin dolor, en lo posible.					
❖ Tener el dolor bajo control, aún si mi capacidad para pensar con claridad se ve reducida					
❖ Tener el dolor bajo control, aún si esto acorta mi vida.					
<b>¿Qué importancia tiene el uso de tratamientos que prolongan la vida en las siguientes condiciones?:</b>					
❖ Tengo una posibilidad razonable de recuperarme física y mentalmente (50/50)					
❖ Tengo algunas limitaciones físicas pero puedo relacionarme socialmente con aquellos que son importantes para mí					
❖ Puedo vivir una vida más larga sin importar cuál sea mi salud física o mental					
❖ Tengo poca o ninguna probabilidad de hacer las actividades cotidianas que me agradan					
❖ Tengo una enfermedad terminal y el tratamiento sólo sirve para prolongar el momento de mi fallecimiento					
❖ Tengo una lesión cerebral permanente y hay pocas probabilidades de que recupere el conocimiento					
❖ Padezco de una demencia o confusión severa y mi condición sólo va a empeorarse					
<b>Importancia de las finanzas y los cuidados de la salud</b>					
❖ Que mis deseos se cumplan sin importar si mis finanzas se agotan o no					
❖ Que no me convierta en una carga financiera para los míos					
❖ Que los costos de cuidados de salud no afecten la situación financiera de los míos					

También deseo que los que tomen las decisiones en mi nombre sepan que los siguientes puntos son de importancia para mí cuando esté recibiendo cuidados de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MIS PREFERENCIAS SOBRE TRATAMIENTOS MÉDICOS

Es muy conveniente que los demás sepan si Ud. tiene opiniones muy definidas y por qué las tiene, acerca de ciertos tratamientos médicos. Algunas de las decisiones médicas más difíciles se refieren a los tratamientos que se usan para prolongar la vida, tales como los que se indican abajo. La mayoría de los tratamientos médicos pueden ser probados por un cierto tiempo y luego ser suspendidos si no resultan útiles. Converse sobre estos tratamientos médicos con un profesional de los cuidados de la salud a fin de asegurarse de que Ud. entienda las implicaciones que los mismos pudieran tener para Ud., tomando en consideración las condiciones actuales de su salud así como sus condiciones futuras.

<b>Procedimiento Médico</b>	<b>Cuándo se Usa y sus Efectos</b>	<b>Mis Pensamientos Acerca de Este Procedimiento</b>
<p>Unidad de ventilación [ventilador]; respirador Una máquina para respirar</p> <p>Una orden de “No Entubar” [Do Not Intubate (DNI)] se pone en su registro médico cuando Ud. no quiere este procedimiento.</p>	<p>Cuando Ud. no puede respirar por sí mismo</p> <p>Ud. no puede hablar ni comer por la boca con este equipo.</p>	
<p>Soporte de nutrición e hidratación</p>	<p>Cuando Ud. no puede comer o beber por la boca, unos sueros de alimentación pueden proveerle suficiente nutrición para mantenerle con vida indefinidamente.</p> <p>Los sueros de alimentación pueden pasarse a través de un tubo en su estómago, nariz, intestino o venas.</p>	
<p>Resucitación cardio pulmonar [Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)]</p> <p>Una orden de “No Resucitación” [Do Not Resuscitate (DNR)] se pone en su registro médico cuando Ud. no quiere este procedimiento.</p>	<p>Estas son acciones para hacer que su corazón y pulmones vuelvan a funcionar si se paran, inclusive dándole golpes en su pecho o aplicando shocks eléctricos, medicinas e introduciendo un tubo en su garganta.</p>	
<p>Diálisis</p>	<p>Este es un equipo mecánico para limpiar la sangre cuando los riñones no están funcionando.</p>	

**Directrices para los cuidados de la salud**

**PARTE III: INSTRUCTIVO PARA LOS CUIDADOS DE LA SALUD**

(NOTA: Llene esta Parte III si Ud. desea dar un instructivo sobre cuidados de la salud. Si Ud. ya designó un agente en la Parte I, el llenado de esta Parte III es optativo pero sería de mucha ayuda para su agente. Sin embargo, si Ud. decidió que no va a designar un agente en la Parte I, Ud. **deberá** completar algunos o todos los puntos de esta Parte III si Ud. desea elaborar una directriz de cuidados de salud que tenga validez.)

Estas son mis instrucciones para los cuidados de mi salud cuando yo no pueda tomar mis propias decisiones o hablar por mí mismo. Estas instrucciones deberán ser seguidas (en tanto que vayan enfocadas hacia mis necesidades). Esta son mis creencias y mis valores acerca de mis cuidados de la salud. (Entiendo que puedo cambiar estas decisiones o dejar cualquiera de los puntos en blanco.)

Quiero que Uds. sepan estas cosas acerca de mi persona a fin de ayudarles a que tomen decisiones acerca de mis cuidados de salud:

Mis metas para mis cuidados de salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis temores acerca de mis cuidados de salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis creencias espirituales o religiosas y tradiciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis creencias acerca de cuando la vida ya no vale la pena seguir viviéndola: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mis pensamientos acerca de cómo mi condición médica pudiera afectar a mi familia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esto es lo que yo quiero y lo que no quiero respecto a mis cuidados de salud. (Entiendo que puedo cambiar estas decisiones o dejar algunos de los puntos en blanco.)

Muchos tratamientos médicos pudieran ser utilizados para tratar de mejorar mi condición médica o para prolongar mi vida. Algunos ejemplos de esto son la respiración artificial mediante una máquina conectada a un tubo en los pulmones, la alimentación por medios artificiales o sueros a través de tubos, intentos de volver a poner en funcionamiento un corazón que dejó de latir, cirugías, diálisis, antibióticos y transfusiones de sangre. La mayoría de estos tratamientos médicos pueden ser probados por un cierto tiempo y luego desechados si no resultan útiles.

### **Directrices para los cuidados de la salud**

Yo tengo estos puntos de vista acerca de mis cuidados de la salud en estas situaciones: (Nota: Ud. puede expresar sus pensamientos en general, tratamientos específicos o dejar en blanco cualquiera de los puntos.)

En el caso de que yo tenga una posibilidad razonable de recuperación y estuviese temporalmente impedido de tomar mis propias decisiones o de hablar por mí mismo, quisiera lo siguiente:

---

---

En el caso de que yo estuviese falleciendo e impedido de tomar mis propias decisiones o de hablar por mí mismo, quisiera lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

En el caso de que yo estuviese permanentemente inconsciente e impedido de hablar por mí mismo, quisiera lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

En el caso de que yo estuviese completamente dependiente de otros para mis cuidados e impedido de tomar mis propias decisiones o de hablar por mí mismo, quisiera lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

En cualquiera que sea la circunstancia, mis proveedores de cuidados de salud tratarán de mantenerme cómodo y reducir mi dolor. Esto es lo que yo pienso sobre el alivio del dolor si esto fuese a afectar mi estado de alerta o si fuese a acortar mi vida:

---

Las siguientes son otras de las disposiciones que quiero o que no quiero respecto a mis cuidados de salud, de ser posible:

Quién preferiría que fuese mi proveedor de cuidados de salud: \_\_\_\_\_

---

Dónde preferiría recibir los cuidados de salud: \_\_\_\_\_

---

Dónde preferiría fallecer y cuáles son mis otras voluntades acerca del fallecimiento: \_\_\_\_\_

---

**Directrices para los cuidados de la salud**

Mi opinión acerca de la donación de partes de mi cuerpo al fallecer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mi opinión acerca de lo que deberá disponerse con mi cuerpo al fallecer (cremación, sepultura): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cualquier otra opinión: \_\_\_\_\_

**PARTE IV: PARA HACER QUE ESTE DOCUMENTO SEA LEGAL**

Este documento deberá ser firmado por mí. También deberá ser verificado por un notario público (Opción 1) **o si no**, deberá ser testificado por dos testigos (Opción 2). Deberá ser fechado al momento de ser verificado o al ser testificado.

En pleno uso de mis facultades mentales, convengo con todos los puntos escritos en este documento y convengo con este documento por voluntad propia.

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En el caso de que no pueda firmar, puedo hablar con alguien para que firme este documento por mí.

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona a quien yo le pedí que firmase este documento por mí.)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letras de molde de la persona a quien yo le pedí que firmase este documento por mí.)

**Opción 1: Notario Público**

Ante mi presencia, hoy \_\_\_\_\_ (fecha), \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) reconoció su firma en este documento o reconoció que él/ella ha autorizado a la persona que firma este documento para que firme en su nombre. Yo no aparezco en este documento designado/a como un agente de salud o agente de salud alterno.

Firma del/la Notario/a: \_\_\_\_\_

(Sello del Notario/a)

## **Directrices para los cuidados de la salud**

### Opción 2: Ante dos testigos

Dos testigos deberán firmar. Sólo uno de los dos testigos puede ser un proveedor de cuidados de la salud o un empleado de un proveedor de cuidados de la salud que me esté proporcionando cuidados directos a la fecha en que firmo este documento.

#### Primer testigo:

- (i) Ante mi presencia hoy \_\_\_\_\_ (fecha), \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) reconoció su firma en este documento o reconoció que él/ella ha autorizado a la persona que firma este documento para que firme en su nombre.
- (ii) Tengo por lo menos 18 años de edad.
- (iii) Yo no aparezco en este documento designado/a como un agente de salud o agente de salud alternativo.
- (iv) En el caso de que yo sea un proveedor de cuidados de la salud o un empleado de un proveedor de cuidados de la salud que esté proporcionando cuidados directos a la persona mencionada arriba en (i), deberé poner mis iniciales en este recuadro {     }.

Certifico que la información en (i) hasta (iv) es fiel y correcta.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del primer testigo en letras de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma del primer testigo)

Dirección \_\_\_\_\_

#### Segundo testigo:

- (i) Ante mi presencia hoy \_\_\_\_\_ (fecha), \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) reconoció su firma en este documento o reconoció que él/ella ha autorizado a la persona que firma este documento para que firme en su nombre.
- (ii) Tengo por lo menos 18 años de edad.
- (iii) Yo no aparezco en este documento designado/a como un agente de salud o agente de salud alternativo.
- (iv) En el caso de que yo sea un proveedor de cuidados de la salud o un empleado de un proveedor de cuidados de la salud que esté proporcionando cuidados directos a la persona mencionada arriba en (i), deberé poner mis iniciales en este recuadro {     }.

Certifico que la información en (i) hasta (iv) es fiel y correcta.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del segundo testigo en letras de molde)

\_\_\_\_\_  
(Firma del segundo testigo)

Dirección \_\_\_\_\_

**RECORDATORIO:** Mantenga este documento **original** junto con sus demás documentos personales en un lugar seguro (pero no en depósito en una caja fuerte). Sumínístrele fotocopias firmadas a sus proveedores de cuidados de salud, su familia, amigos personales, su agente de salud y su agente de salud alternativo. Asegúrese de que su proveedor de cuidados de salud tenga la buena voluntad de cumplir sus deseos. Este documento deberá formar parte integral de sus registros médicos en las oficinas de su proveedor de cuidados de salud así como en el hospital, en la agencia de cuidados en el hogar, en el hospicio o en las instalaciones de cuidados de enfermería donde Ud. esté recibiendo cuidados.

Consent – Healthcare Directive – Translated Versions  
1083005 – English    1090305 – Spanish