

# DIRECTIVA POR ANTICIPADO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención de la salud. También tiene el derecho de hacer que alguien más tome las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario le permite hacer una de estas dos cosas o ambas. También le permite expresar sus deseos acerca de la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si usted utiliza este formulario, puede llenarlo o modificarlo todo o cualquier parte del mismo. También puede utilizar otro formulario.

## PARTE 1 – PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

**La Parte 1 le permite nombrar a otro individuo como representante para que tome las decisiones de atención de la salud por usted en caso que llegue a ser incapaz de tomar sus propias decisiones o si usted quiere que alguien más tome esas decisiones por usted ahora aunque todavía siga siendo capaz. También puede nombrar a un representante suplente que actúe por usted si su primera elección no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente accesible para tomar decisiones por usted. (Su representante no puede ser un operador o empleado de un establecimiento de atención comunitaria o de un establecimiento de atención residencial donde lo estén atendiendo, ni su proveedor de atención de la salud encargado de la supervisión o un empleado de la institución de la salud donde usted esté recibiendo la misma, a menos que su representante esté emparentado con usted o sea compañero de trabajo).**

A menos que el formulario que usted firme limite la autoridad de su representante, éste podrá tomar todas las decisiones de atención de la salud por usted. Este formulario tiene un lugar para que usted limite la autoridad de su representante. No es necesario que la limite si desea depender de él para todas las decisiones de atención de la salud que tengan que tomarse. Si usted opta por no limitar la autoridad de su representante, éste tendrá el derecho a:

1. Prestar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otro modo una enfermedad física o mental.
2. Seleccionar o rechazar proveedores e instituciones de atención de la salud.
3. Aprobar o desaprobar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos.
4. Dirigir las medidas, mantener o retirar la nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud, incluyendo resucitación cardiopulmonar.
5. Hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de los restos.

Esta forma a sido adaptada por medio de la Asociación de Salud de California Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud. Para opciones adicionales ver la sección 4700-4701 del Código Testamentario de California.

**(1.1) DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE:** Yo, \_\_\_\_\_, designo al siguiente individuo como mi representante para que tome las decisiones de atención de la salud por mí:

Nombre del individuo que usted elija como representante \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(teléfono en casa)

(teléfono en el trabajo)

**OPCIONAL:** Si revoco la autoridad de mi representante y mi primer representante suplente o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o está razonablemente accesible para tomar una decisión de atención de la salud por mí, designo como mi otro(s) representante(s) suplente(s) a:

Nombre del individuo que elija como su primer representante suplente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(teléfono en casa) (teléfono en el trabajo)

Nombre del individuo que usted elija como su segundo representante suplente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(teléfono en casa) (teléfono en el trabajo)

**(1.2) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:** Mi representante está autorizado para tomar todas las decisiones de atención de la salud por mí, incluyendo las decisiones para proveer, negar o retirar la nutrición e hidratación artificial y todas las demás formas de atención de la salud para mantenerme vivo, excepto como lo consigno aquí:

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

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)*

**(1.3) CUANDO ENTRA EN VIGENCIA LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:**

La autoridad de mi representante entra en vigencia cuando mi médico de atención primaria determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud.

**Si marco aquí , la autoridad de mi representante para tomar las decisiones de atención de la salud por mí, entra en vigor inmediatamente. Escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_**

**(1.4) OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE:** Mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con este poder notarial para atención de la salud, todas las instrucciones que yo proporcione en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos en la medida conocida para mi representante. En la medida que mis deseos sean desconocidos, mi representante tomará decisiones de atención de la salud por mí de acuerdo con lo que mi representante determine que es mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi representante deberá considerar mis valores personales en la medida conocida por el mismo. Comprendo que, por ley, mi agente no podrá consentir a nada de lo siguiente: internarme en una dependencia de atención mental, tratamiento convulsivo, sicocirugía, esterilización o aborto.

**(1.5) AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE DESPUÉS DE LA MUERTE:** Mi representantestá autorizado para hacer donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y ordenar la disposición final de mis restos, excepto como yo lo consigno aquí o en la Parte 3 de este formulario:

---

---

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)*

**(1.6) NOMBRAMIENTO DEL CONSERVADOR:** Si es necesario que una corte designe para mí un conservador de mi persona, yo nombre al representante designado de este formulario. Si ese representante no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente accesible para actuar como conservador, nombro a los representantes suplentes que he designado, en el orden en que lo he hecho.

**PARTE 2 – INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD**

Usted puede dar instrucciones específicas de cualquier aspecto del cuidado de su salud, designe ó no un agente. Opciones se dan para que usted exprese sus deseos referente a las provisiones, mantenimiento ó retiro de tratamiento para mantenerlo con vida, como tambien la provisión de alivio para el dolor. Usted también puede añadir a las opciones que haya hecho ó escribir otros deseos adicionales. Si usted esta satisfecho al permitir que su agente determine lo que es mejor para usted haciendo decisiones del tratamiento médico, incluyendo pero no limitando a decisiones del tratamiento al final de la vida, usted no necesita completar Parte 2 de este formulario. Si usted llena esta parte del formulario, podrá subrayar/omitir cualquier texto que no quiera.

**(2.1) DESEOS Y LIMITACIONES RESPECTO AL TRATAMIENTO MÉDICO (OPCIONAL)**

A continuación se incluye una declaración general acerca del rechazo o la interrupción del tratamiento para prolongar su vida: **No** deseo que se realizen esfuerzos especiales para prolongar mi vida y **no** deseo que el tratamiento para prolongar mi vida se proporcione o continúe: (1) si estoy en un coma irreversible o en un estado vegetativo persistente, o (2) si estoy mortalmente enfermo y la administración de procedimientos para sostener la vida sólo serviría para postergar artificialmente el momento de mi muerte, o (3) bajo cualquier otra circunstancia en que los agobios del tratamiento sean mayores que las ventajas que se esperan del mismo. Deseo que, al tomar la decisión respecto al tratamiento para sotener mi vida, según la disposición (3) anterior, mi agente tome en cuenta aliviar mi sufrimiento y la calidad de mi vida, así como cuanto se podrá extender la misma.

*Si esta declaración refleja sus deseos, escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_*

Declaraciones adicionales ó diferentes sobre los deseos y las limitaciones acerca de la atención médica

---

---

---

---

*(Puede agregar páginas adicionales si necesita más espacio para escribir su declaración. Cada página debe ser fechada y firmada al mismo tiempo que coloca la fecha y firma en este documento).*

**ALIVIO DEL DOLOR:** Excepto como lo consigno en el siguiente espacio, ordeno que se me proporcione en todo momento tratamiento para el alivio del dolor ó las molestias, aunque aparezca acelerar mi muerte:

---

---

---

---

*(Si es necesario, agregue hojas adicionales.)*

**PARTE 3 – DONACION DE ORGANOS DESPUES DE LA MUERTE (OPCIONAL)**

**Usted puede expresar su intención de donar organos y tejidos despues de su muerte.**

**(3.1) DESPUES DE MI MUERTE (MARQUE LA CAJA QUE APLIQUE):**

- Dono todos los órganos, tejidos o partes necesitadas Ó
- Dono solamente los siguientes órganos, tejidos o partes \_\_\_\_\_ .
- Me niego a ser un donante de órganos, tejidos o partes para cirugía cosmética.
- Me niego a ser un donante de órganos, tejidos o partes para uso fuera de los Estados Unidos.
- Me niego a ser un donante de órganos, tejidos o partes para – beneficio de procesos de tejidos.
- Me niego a ser un donante de órganos o tejidos.

**PARTE 4 – FIRMA**

**Despues de completar esta forma, fechar y firmar**

**(4.1) EFECTO DE UNA COPIA:** Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

**(4.2) FIRMA:** Firme y ponga aquí la fecha:

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
*(ponga su firma)* *(escriba su nombre con letra de molde)*

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(4.3) DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que el individuo que firmó o certificó esta directiva por anticipado de la atención de la salud es conocido personalmente para mí, o que la identidad del individuo me fue demostrada con evidencia convincente, (2) que el individuo firmó o certificó esta directiva por anticipado en mi presencia, (3) que el individuo parece encontrarse en buen estado mental y bajo ninguna presión, fraude o influencia indebida, (4) que no soy la persona designada como representante en esta directiva por anticipado y (5) que no soy el proveedor de atención de la salud del individuo, un empleado del proveedor de atención de la salud del individuo, el operador de un establecimiento de atención

comunitaria, un empleado de un operador de un establecimiento de atención comunitaria, el operador de un establecimiento de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un establecimiento de atención residencial para personas de edad avanzada.

**PRIMER TESTIGO Nombre:** \_\_\_\_\_  
(escriba su nombre con letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

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

**SEGUNDO TESTIGO Nombre:** \_\_\_\_\_  
(escriba su nombre con letra de molde)

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

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

**(4.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS:** Por lo menos uno de los testigos mencionados arriba también debe firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no estoy emparentado por lazos sanguíneos, matrimonio o adopción con el individuo que formaliza esta directiva por anticipado de la atención de la salud, y que a mi leal saber y entender, no tengo derecho a parte alguna del caudal hereditario del individuo después de su muerte bajo un testamento actualmente existente o por ministerio de ley.

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

## **PARTE 5 – REQUERIMIENTO DE TESTIGO ESPECIAL**

**El documento debe ser firmado por dos testigos capacitados o notariado por un notario público. Ya firmado y completado, dé copia a su doctor, a su proveedor de cuidado de salud, a cualquier institución mental en donde esté recibiendo cuidado, y a sus representantes de salud. Debe hablar con la persona que ha nombrado como su representante y sersiorarse que él o ella entiende sus deseos y tiene disponibilidad para tomar la responsabilidad.**

**(5.1) UN PACIENTE EN UN ESTABLECIMIENTO CON SERVICIO DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA:** La siguiente declaración sólo es necesaria si usted es un paciente en un establecimiento con servicio de enfermería especializada – un establecimiento de atención de la salud que proporcione los siguientes servicios básicos: atención de enfermería especializada y atención de apoyo para pacientes cuya necesidad primaria es la accesibilidad de atención de enfermería especializada sobre una base prolongada. El abogado o defensor cívico del paciente debe firmar la siguiente declaración:

