

## Directiva sobre atención de la salud

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que este documento me permite  
(principal)

hacer UNA o AMBAS de las siguientes cosas:

1. Nombrar a otra persona para que actúe como mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de mi salud para que tome decisiones sobre la atención de mi salud en mi nombre en caso que yo no pueda decidir o hablar por mí mismo. Mi representante debe tomar decisiones sobre mi salud basándose en las instrucciones que yo indico en la Parte II de este documento, si las hubiere, los deseos que le he expresado, o debe actuar teniendo en mente lo que sea mejor para mí si no he expresado mis deseos con respecto a la atención de mi salud.

Y/O

2. Impartir instrucciones sobre la atención de mi salud para guiar a quienes toman decisiones en mi nombre. Si he nombrado un representante en cuestiones relacionadas con la atención de mi salud, dicho representante deberá seguir estas instrucciones. Estas instrucciones también podrán usarlas las personas que me brindan servicios de salud, otras personas que asisten en mi atención y mi familia, en el caso de que no pueda tomar una decisión por mí mismo.

### PARTE I: NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE EN CUESTIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

ÉSTA ES LA PERSONA QUE YO DESEO QUE TOME DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE MI SALUD EN CASO QUE YO ME VEA INCAPACITADO DE DECIDIR O DE HABLAR POR MÍ MISMO. Sé que puedo cambiar a mi representante o representante alternativo en cualquier momento, y sé que no tengo que nombrar a ningún representante ni representante alternativo,

(Si nombra un representante, deberá explicar esta directiva sobre la atención de su salud a su representante y entregarle una copia de la misma. Si no desea nombrar un representante, puede dejar la Parte I en blanco y pasar a la Parte II.)

Cuando no pueda decidir o hablar por mí mismo, confío en, y nombro a \_\_\_\_\_ para que tome decisiones sobre la atención de mi salud en mi nombre. Esta persona se denomina mi representante en cuestiones relacionadas con la salud.

Relación que tiene conmigo el representante en cuestiones relacionadas con la atención de mi salud:  
\_\_\_\_\_.

Número telefónico de mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de mi salud:  
\_\_\_\_\_.

Dirección/ciudad/estado de mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de mi salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**NOMBRAMIENTO (OPCIONAL) DE UN REPRESENTANTE EN CUESTIONES RELACIONADAS CON LA SALUD:** Si mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud no está disponible razonablemente, confío en, y nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante alterno en cuestiones relacionadas con la atención de la salud.

Relación que tiene mi representante alterno en cuestiones relacionadas con la atención de la salud conmigo: \_\_\_\_\_.

Número telefónico de mi representante alterno en cuestiones relacionadas con la atención de la salud: \_\_\_\_\_.

Dirección/ciudad/estado de mi representante alterno en cuestiones relacionadas con la atención de la salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**ESTO ES LO QUE QUIERO QUE HAGA MI REPRESENTANTE EN CUESTIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD SI ESTOY INCAPACITADO DE DECIDIR O HABLAR POR MÍ MISMO (Sé que puedo cambiar estas opciones).**

Mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud recibe automáticamente los poderes indicados a continuación en los puntos A a D. Mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud debe seguir las instrucciones sobre la atención de mi salud incluidas en este documento o cualesquiera otras instrucciones que he dado a mi representante. Si no he dado instrucciones con respecto a la atención de mi salud, entonces mi representante debe actuar teniendo en cuenta lo que es mejor para mí.

Siempre que yo esté incapacitado de decidir o hablar por mí mismo, mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud tiene poder para:

A. Tomar cualquier decisión sobre la atención de mi salud en mi nombre. Esto incluye el poder de dar, rehusarme o retirar el consentimiento a recibir cualquier tipo de atención, tratamiento, servicio o procedimiento. Esto incluye decidir si interrumpir o no iniciar alguna terapia que me mantiene o podría mantenerme con vida, y decidir acerca de tratamientos para la salud mental intrusivos.

B. Elegir a mi proveedor de servicios de salud.

C. Elegir dónde vivir y dónde recibir atención y apoyo cuando estas elecciones están relacionadas con mis necesidades en cuanto a la atención de la salud.

D. Revisar mi historia clínica y tener los mismos derechos que tendría yo de entregarlas a otras personas.

Si NO deseo que mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud tenga alguno de los poderes indicados en los puntos A-D, o si deseo LIMITAR algún poder indicado en los puntos A-D, DEBO decirlo aquí:

---

---

---

---

Mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud NO recibe automáticamente los poderes indicados a continuación en (1) y (2). Si DESEO que mi representante tenga alguno de los poderes indicados en (1) y (2), debo COLOCAR MI INICIAL en la línea frente a dicho poder; entonces mi representante TENDRÁ dicho poder.

\_\_\_\_\_ (1) Decidir si donar mis órganos cuando yo fallezca.

\_\_\_\_\_ (2) Decidir qué harán con mi cuerpo cuando fallezca (entierro, cremación).

Si deseo agregar algo acerca de los poderes de mi representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud, puedo indicarlo a continuación:

---

---

## PARTE II: INSTRUCCIONES SOBRE ATENCIÓN DE LA SALUD

Llene la Parte II si desea dar instrucciones sobre atención de su salud. Si nombró a un representante en la Parte I, llenar la Parte II es opcional, pero podría resultarle muy útil a su representante. Sin embargo, si no desea nombrar a un representante en la Parte I, DEBE llenar la totalidad o parte de la Parte II si desea crear una directiva sobre atención de la salud.

Las siguientes son las instrucciones con respecto a la atención de mi salud para cuando yo no esté en condiciones de decidir o hablar por mí mismo. Estas instrucciones deben cumplirse en tanto se ocupen de mis necesidades.

ÉSTAS SON MIS CREENCIAS Y MIS VALORES CON RESPECTO A LA ATENCIÓN DE MI SALUD. Sé que puedo modificar estas elecciones o dejarlas en blanco.

Quiero que sepa lo siguiente sobre mis convicciones para que le ayude a tomar decisiones sobre la atención de mi salud.

Mis objetivos en cuanto a la atención de mi salud son: \_\_\_\_\_

---

---

Mis temores en cuanto a la atención de mi salud son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mis creencias sobre cuándo la vida ya no merece ser vivida son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mis pensamientos sobre cómo mi problema de salud podría afectar a mi familia son:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A continuación he indicado algunas situaciones en las que me podría encontrar.** Sé que estas situaciones no pueden predecir exactamente lo que podría suceder, pero instruyo a mi representante y a quienes me atienden a que usen esta información de la mejor manera posible al tomar decisiones en mi nombre sobre mi tratamiento si me encuentro incapacitado de hablar por mí mismo.

**Entiendo que RECIBIRÉ tratamientos apropiados para mantenerme con vida A MENOS QUE YO INDIQUE LO CONTRARIO. Definición:** "Tratamiento para mantener con vida" significa cualquier procedimiento médico, dispositivo o medicamento que me mantiene vivo. Estos pueden incluir un respirador (ventilador), resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), alimentos y agua artificial (lo que incluye alimentación por medio de sondas e intubaciones intravenosas), intervenciones quirúrgicas, diálisis, antibióticos para tratar infecciones y/o transfusiones de sangre.

**1. Si mi muerte es inminente, y no existen expectativas razonables de que me recupere (elegir una de las siguientes):**

- Indico que NO se extienda el proceso de mi muerte por ningún medio, ni siquiera el uso de resucitación cardiopulmonar, ventilación artificial, NI la administración de alimentación e hidratación artificial. Quiero medicamentos que me hagan sentir mejor y me alivien los síntomas.
- DESEO que se continúe la alimentación e hidratación artificial, junto con medicamentos que me hagan sentir mejor y me alivien los síntomas.
- DESEO todos aquellos tratamientos para mantenerme con vida apropiados y médicamente necesarios.

COMENTARIOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_

**2. Si estoy padeciendo de una enfermedad crónica y progresiva que con el tiempo e inevitablemente conducirá a la muerte (elegir una de las siguientes):**

- Indico que NO se extienda mi agonía por ningún medio, si bien quiero que se me administre medicación que me haga sentir mejor y alivie mis síntomas.
- DESEO que se continúe la alimentación e hidratación artificial, junto con medicamentos que me hagan sentir mejor y me alivien los síntomas.
- DESEO todos aquellos tratamientos para mantenerme con vida apropiados y médicamente indicados.

COMENTARIOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_

**3. Si estoy permanentemente inconsciente, ya sea que mi muerte sea inminente o no (elegir una de las siguientes):**

- Indico que se interrumpa todo medio artificial para mantenerme con vida y que se me administre medicación apropiada para combatir el dolor.
- Solicito que se me administre una TERAPIA DE PRUEBA por un tiempo razonable, el cual será determinado por mi representante o mis médicos. Esta terapia puede incluir todos los tratamientos necesarios para devolverme una calidad de vida razonable. Si se determinara que dichos tratamientos fueran inútiles, entonces deseo que se suspendan todos los medios artificiales para mantenerme con vida.
- DESEO que se continúe con la alimentación y la hidratación artificial, junto con medicamentos que me hagan sentir mejor y alivien mis síntomas.
- DESEO todos aquellos tratamientos para mantenerme con vida apropiados y médicamente indicados.

COMENTARIOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_

**4. Si padezco de una enfermedad o lesión grave y/o devastadora para la cual no existen expectativas razonables de que me recupere (elegir una de las siguientes):**

- Indico que se interrumpa todo medio artificial para mantenerme con vida y que se me administre medicación apropiada para combatir el dolor.
- Solicito que se me administre una TERAPIA DE PRUEBA por un tiempo razonable, el cual será determinado por mi representante o mis médicos. Esta terapia puede incluir todos los tratamientos necesarios para devolverme una calidad de vida razonable. Si se determinara que dichos tratamientos fueran inútiles, entonces deseo que se suspendan todos los medios artificiales para mantenerme con vida.
- DESEO que se continúe con la alimentación y la hidratación artificial, junto con medicamentos que me hagan sentir mejor y alivien mis síntomas.
- DESEO todos aquellos tratamientos para mantenerme con vida apropiados y médicamente indicados.

**COMENTARIOS ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

También deseo comunicar las siguientes preferencias adicionales con respecto a la atención de mi salud en el futuro: \_\_\_\_\_

Si no puedo hablar por mí mismo y si la opción es posible y razonable, preferiría que mi médico de cabecera sea: \_\_\_\_\_

Dr: \_\_\_\_\_

Si estoy muriendo y si la opción es posible y razonable, preferiría ser atendido:

\_\_\_ En mi hogar

\_\_\_ En un hospital. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_ En un hogar de convalecencia. ¿Cuál? En un hospicio. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Por otros profesionales de la salud. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Mis deseos acerca de la donación de tejidos, órganos u otras partes del cuerpo después de morir:

\_\_\_\_\_ DESEO donar mis tejidos, órganos u otras partes del cuerpo después de morir

— toda parte necesaria y utilizable

— sólo las siguientes partes del cuerpo: \_\_\_\_\_

Limitaciones o deseos especiales: \_\_\_\_\_

NO DESEO donar tejidos, órganos u otras partes del cuerpo.

Mis deseos sobre qué hacer con mi cuerpo después de mi muerte son los siguientes (entierro/cremación/planificación funeraria): \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS E INSTRUCCIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

### PARTE III: LEGALIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Este documento debe estar firmado por mi persona. También debe estar verificado por un notario público (Opción 1) O por dos testigos (Opción 2). Debe estar fechado al ser verificado o atestiguado.

En este momento pienso con claridad. Estoy de acuerdo con todo lo escrito en este documento, y he realizado este documento voluntariamente.

(Firma del interesado)

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Si no puedo firmar mi nombre, puedo pedir a alguien que firme por mí.

\_\_\_\_\_

(Firma de la persona a quien pedí que firmara este documento por mí.)

\_\_\_\_\_

(Nombre en imprenta de la persona a quien pedí que firmara este documento por mí.)

#### Opción 1: Notario público

En mi presencia el \_\_\_\_\_ de 20\_\_, \_\_\_\_\_ certifico su firma en este documento o certifico que él/ella ha autorizado a la persona que firma este documento a que firme en su nombre. Yo no soy la persona nombrada como representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud ni como representante alterno en este documento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Notario Público)

Sello a continuación

## Opción 2: Dos testigos

Deben firmar dos testigos. Sólo uno de los testigos puede ser un proveedor de servicios de salud o un empleado de un proveedor de servicios de salud que me esté atendiendo directamente el día en que firmo este documento.

Testigo uno:

(i)

Certifico que la información contenida en (i) a (iv) es verdadera y correcta.

(Firma del testigo uno)

Dirección:

Testigo dos:

(v) En mi presencia el \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, certifico la firma en este documento o certifico que él/ella ha autorizado a la persona que firma este documento a que firme en su nombre.

(vi) Soy mayor de 18 años.

(vii) Yo no soy la persona nombrada como representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud ni como representante alterno en este documento.

(viii) Si soy un proveedor de servicios de salud o un empleado de un proveedor de servicios de salud que atiende directamente a la persona indicada en (A), debo colocar mis iniciales en esta casilla.

Certifico que la información contenida en (i) a (iv) es verdadera y correcta.

(Firma del testigo dos)

Dirección:

## RECORDATORIO

Guarde este documento con sus documentos personales en un lugar seguro al que pueda acceder con facilidad. Entregue copias firmadas a sus médicos, familiares, amigos cercanos y al representante en cuestiones relacionadas con la atención de la salud, si ha designado uno. Explique sus deseos y preocupaciones a sus seres queridos y a su médico. Asegúrese de que él/ella esté dispuesto/a a seguir sus instrucciones. Si usted está hospitalizado en un hospital u hogar de convalecencia, o está recibiendo atención de una agencia de atención en el hogar o de un hospicio, asegúrese de que se incluya una copia de este documento en su expediente médico. Si tiene alguna pregunta, pida a su médico que le aconseje, o llame a un hospital y hable con un representante de los pacientes, un capellán o asistente social.

*Este formulario ha sido adaptado de la Ley de Minnesota sobre Directivas sobre Atención de la Salud de 1998, capítulos 145B y 145C, y está de acuerdo en su totalidad con la misma. Ha sido revisado y aprobado por Allina Ethics Network y adoptado por Allina Health System para promover el avance de la planificación de la atención y la toma de decisiones sensatas. Se puede solicitar orientación a cualquier hospital o clínica de Allina.*

Rev 1/07