

DIRECTIVAS ANTICIPADAS PARA CUIDADOS DE SALUD



Testamento de Vida • Designación de un Sustituto para la Toma de Decisiones de Tratamiento



P. O. Box 1289 • Tampa, Florida 33601-1289 • www.tgh.org



*La información en este documento le ha sido suministrada como una cortesía del TGH.
No debe considerarse como asesoría legal. Si tiene preguntas, por favor consulte a su abogado.*

Directivas Anticipadas para Cuidados de salud

Testamento de Vida y Designación de Sustituto para la Toma de Decisiones de Salud

La mayoría de la gente sabe que la medicina moderna puede a menudo mantener a una persona con vida en situaciones en las cuales hay poca o ninguna esperanza de recuperación. En estos casos, los tratamientos médicos muchas veces sirven solo para prolongar el proceso de muerte. Por este motivo, mucha gente quiere evitar tales tratamientos de prolongación de la vida a cambio de tratamientos para maximizar la comodidad y calidad de vida.

Infelizmente, mucha gente pierde su capacidad mental sin haber hablado con sus médicos acerca del tratamiento que desean al final de la vida. Esto les crea a los doctores y a los familiares del paciente la difícil tarea de tomar decisiones de tratamiento, que tal vez no sean las que el paciente hubiera deseado. La mejor manera de evitar estos problemas es dar a conocer sus deseos anticipadamente. La ley le da el derecho de hacerlo, si usted así lo desea.

Es la politica de este hospital, de conformidad con leyes federales y estatales, reconocerle el derecho de dar a conocer sus deseos de tratamiento anticipadamente. Esto puede hacerse de dos maneras:

- Una manera es dar a conocer por escrito sus deseos de rechazar procedimientos de rolongacion de la vida por medio de un documento llamado Testamento de Vida. Su doctor seguirá las instrucciones en su **Testamento de Vida**, solamente si su condición de salud se considera terminal y usted ya no puede expresarse por sí mismo (ya sea verbalmente, por gestos o por escrito).
- Otra manera es darle a conocer sus deseos a otra persona (generalmente un miembro de la familia o amigo cercano), y dar a esa persona la autoridad legal para colaborar con su doctor para llevar a cabo sus decisiones. La persona a quien usted designe para ayudar en la toma de decisiones de tratamiento se llama **Sustituto para la Toma de Decisiones de Tratamientos de Salud**.

Una vez que usted haya completado un Testamento de Vida y/o un formulario para designar a un Sustituto para la Toma de Decisiones, debe dar copia de ellos a sus médicos y a las personas que puedan resultar involucradas en decisiones relacionadas con su tratamiento. También debe dar copia a la persona designada como sustituto.

Como su médico será quien lleve a cabo sus deseos, usted debe asegurarse de que él los entiende. Dar a conocer claramente sus deseos a todos aquellos que puedan estar involucrados en la toma de decisiones sobre su tratamiento, es la clave para estar seguro de que serán cumplidos. Por favor tenga en cuenta que en la ausencia de Directivas Anticipadas o una orden válida, si un paciente queda irreversiblemente incapacitado, se tomarán todas las acciones necesarias para preservar la vida.

Directiva Avanzada - Designación de Substituto para la Toma de Decisiones de Tratamiento para un Menor

Yo/nosotros, _____, los ☐ padres ☐ custodio legal ☐ guardián legal (marque uno) del/de los siguiente(s) menor(es):

_____; _____;
_____; _____;

designo/designamos a la siguiente persona para actuar como mi/nuestro sustituto para la toma de decisiones sobre Tratamientos de Salud para el menor o los menores anotado(s) arriba en caso de que no podamos o no estemos disponibles para proferir un consentimiento informado sobre tratamientos y procedimientos de diagnóstico.

El Substituto designado para la toma de decisiones sobre tratamientos de salud de mi/nuestro(s) hijo(s) es:

Nombre: _____
En letra de molde Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____ Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Teléfono: _____

Si mi/nuestro Substituto para la toma de decisiones de salud sobre nuestro(s) hijo(s) menor(es) no está dispuesto, capacitado o razonablemente disponible para desempeñar sus deberes, designo/designamos a la siguiente persona para actuar como Sustituto Alterno para la toma de decisiones sobre tratamientos de salud de mi/nuestro hijo(s) menor(es).

Mi/nuestro Substituto Alterno para la toma de decisiones sobre tratamientos de salud de mi/nuestro(s) hijo(s) es:

Nombre: _____
En letra de molde Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____ Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Teléfono: _____

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a todos los médicos, hospitales y demás proveedores de servicios médicos para seguir las instrucciones de nuestro sustituto o sustituto alterno, según sea el caso, en cualquier momento y bajo cualesquiera circunstancias, con relación a tratamiento médico, cirugías y procedimientos de diagnóstico de mi/nuestro(s) hijo(s) menor(es), siempre y cuando esto se haga con la asesoría de un médico licenciado.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que esta designación le permitirá a mi/nuestro designado tomar decisiones sobre tratamientos de salud de mi/nuestro(s) hijo(s) y para otorgar, omitir o retirar consentimiento a nombre mío/nuestro para solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de servicios de salud, y para autorizar la admisión a una entidad hospitalaria o la salida de ella.

Yo/nosotros notificaré/notificaremos y enviaré/enviaremos copia de este documento a la(s) siguiente(s) persona(s) distintas a de mi/nuestro sustituto para que ellas puedan saber su identidad.

Nombre 1: _____
Firma Nombre en letra de molde Fecha

Nombre 2: _____
Firma Nombre en letra de molde Fecha

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Un testigo no puede ser el cónyuge o pariente por consanguinidad. Los sustitutos designados no pueden firmar como testigos de este documento. Ambos testigos tienen que tener más de 18 años de edad. A menos que este documento especifique su fecha de expiración, esta designación permanecerá vigente hasta que sea revocada.

Testigo 1: _____
Firma Nombre en letra de molde Fecha

Testigo 2: _____
Firma Nombre en letra de molde Fecha



Directiva Avanzada - Substituto para Toma de Decisiones

Yo designo a la siguiente persona como Substituto para la Toma de Decisiones sobre mi Atención de Salud:

Nombre:

En letra de molde

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección:

Apto. #:

Ciudad:

Estado:

ZIP:

Teléfono:

Si mi sustituto para la toma de decisiones no está dispuesto, capacitado o razonablemente disponible, yo designo a la siguiente persona como Substituto Alterno para la Toma de Decisiones sobre mi Tratamiento de Salud:

Nombre:

En letra de molde

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección:

Apto. #:

Ciudad:

Estado:

ZIP:

Teléfono:

La autoridad de mi sustituto entrará en vigencia cuando mi médico determine que yo no estoy en capacidad de tomar decisiones sobre mi tratamiento de salud, a menos que yo autorice que esta designación empiece ya.

- Si escribo mis iniciales aquí: _____, mi sustituto puede recibir mi información de salud inmediatamente.
- Si escribo mis iniciales aquí: _____, mi sustituto está autorizado para tomar decisiones inmediatamente.

Yo entiendo que mi sustituto está autorizado para revisar mi prontuario médico y para recibir toda la información relacionada con mi salud física y mental pasada, presente y futura; la provisión de tratamiento médico para mí; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de servicios médicos para mí.

Con mi firma abajo, autorizo a mi Substituto para la Toma de Decisiones sobre mis Cuidados de Salud para tomar todas las decisiones por mí, lo cual significa que tiene la autoridad para otorgar, rechazar o retirar su consentimiento para todo tratamiento de salud, incluyendo procedimientos para la prolongación de la vida (según lo permita la ley), para acceder a mi información de salud razonablemente necesaria por tomar decisiones relacionadas con mi tratamiento de salud, y, si es apropiado, para decidir la donación de mis órganos. Mi Substituto solo puede tomar las decisiones que él crea que yo tomaría bajo las circunstancias, o, si no lo sabe, las decisiones que sean para mi mejor interés.

Mientras yo esté en capacidad de tomar decisiones, mis deseos tienen prelación y mis médicos y proveedores de servicios de salud tienen la obligación de comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio al plan de tratamiento antes de su implementación. Hasta el momento que yo pueda entender, mi Substituto para la Toma de Decisiones me deberá mantener razonablemente informado de todas las decisiones que tome a nombre mío y de los asuntos que me conciernan.

Todas las decisiones que yo haya tomado mientras yo esté en capacidad de hacerlo deberán ser seguidas por sustituto y tienen prelación sobre las instrucciones proferidas por mi sustituto si estas son contrarias a la mías.

Yo entiendo que puedo revocar o enmendar esta designación: 1) por escrito, 2) destruyendo esta designación, 3) por declaración verbal o 4) firmando una nueva designación de Substituto para la Toma de Decisiones sobre mi salud.

Firma:Nombre en letra de molde:Fecha:

Un testigo no puede ser el cónyuge o pariente por consanguinidad. Los sustitutos designados no pueden firmar como testigos de este documento. Ambos testigos tienen que tener más de 18 años de edad. A menos que este documento especifique su fecha de expiración, esta designación permanecerá vigente hasta que sea revocada.

Testigo 1:

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Testigo 2:

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha



Preguntas y Respuestas

¿QUÉ ES UN TESTAMENTO DE VIDA?

Un Testamento de Vida es una declaración personal suya para darles a conocer a otras personas sus deseos respecto a tratamientos médicos al final de la vida. Usted debe tener por lo menos 18 años de edad y tener capacidad mental para completar un Testamento de Vida. La mayoría de los Testamentos de Vida dan instrucciones a los médicos para no aplicar lo que se llama “procedimientos de prolongación de la vida”. Estos pueden ser procedimientos que solamente servirían para prolongar el proceso de muerte. Ejemplos comunes incluyen: respiradores mecánicos, resucitación cardiopulmonar, cuidados intensivos, diálisis, y nutrición e hidratación artificiales.

Se puede llevar a cabo lo especificado en un Testamento de Vida cuando su situación cumple dos condiciones: 1) usted ya no tiene la habilidad para tomar sus propias decisiones y no tiene la probabilidad razonable de recuperar esa habilidad, y 2) usted está en la etapa final de la vida, estado terminal, o en un estado vegetativo persistente.

De conformidad con la ley de la Florida, usted tiene el derecho de elaborar un Testamento de Vida. No necesita un abogado ni un notario para hacerlo. Todo lo que necesita es firmar un documento de Testamento de Vida y la firma de dos testigos (uno de los cuales no puede ser su cónyuge o familiar consanguíneo). Este documento tendrá vigencia hasta que usted lo revoque o elabore uno nuevo para reemplazarlo.

¿QUÉ ES UN SUSTITUTO PARA LA TOMA DE DECISIONES DE SALUD?

Un Sustituto para la Toma de Decisiones de Tratamientos de Salud es una persona a quien usted designa para tomar decisiones cuando usted ya no esté en condiciones de hacerlo. Un Sustituto (generalmente un familiar o amigo cercano) debe ser alguien que conoce sus deseos y habrá de tomar decisiones basado en lo que él cree que son sus deseos.

El documento para la designación de un Sustituto requiere testigos, igual que el Testamento de Vida, pero su sustituto no puede firmar como testigo.

Algunas personas deciden nombrar a un sustituto aunque ya hayan preparado un Testamento de Vida. Ellas lo hacen porque es difícil incluir en un Testamento de Vida instrucciones para todas las posibles situaciones de salud. También es importante saber que su Sustituto deberá cumplir con las instrucciones en su Testamento de Vida. Por ejemplo, si usted especifica en su Testamento de Vida que usted no quiere que le pongan un tubo de alimentación, su sustituto no podrá contrariar esa decisión.

¿SON LOS TESTAMENTOS DE VIDA Y SUSTITUTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES SOLAMENTE PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA?

No. Una enfermedad grave o un serio accidente le pueden ocurrir a una persona a cualquier edad. Si usted tiene una fuerte convicción de lo que haría en tal situación, sin importar su edad, un Testamento de Vida y un Sustituto para la Toma de Decisiones son formas importantes de expresarles esos deseos a sus doctores, familiares y amigos. Sin embargo, los padres de niños menores de 18 años de edad generalmente son los responsables de tomar las decisiones de tratamientos de salud de sus hijos.

¿SERÁN CUMPLIDOS MI TESTAMENTO DE VIDA Y LAS DECISIONES DE MI SUSTITUTO EN CASO DE EMERGENCIA?

Si, usted puede hacerlo en cualquier momento. Si usted hace cambios a su Testamento de Vida o designa un nuevo Sustituto, cerciórese de destruir las copias anteriores y de distribuir copias con la nueva información a sus doctores, familiares, y otros que considere conveniente.

¿SERÁN CUMPLIDOS MI TESTAMENTO DE VIDA Y LAS DECISIONES DE MI SUSTITUTO EN CASO DE EMERGENCIA?

En algunos casos es posible cumplir las decisiones de fin de la vida en situaciones de emergencia. La Florida también le permite a una persona portar una Orden de No Resucitar que pueda ser cumplida por el personal de emergencia. Sin embargo, en muchos casos no es posible determinar las probabilidades de supervivencia en una situación de emergencia o de prever los resultados de recuperación. En estos casos, las decisiones anticipadas de renunciar a procedimientos de prolongación de la vida se pueden cumplir solo después de que la emergencia inicial haya pasado y se conozca el diagnóstico de recuperación.emergency has passed and the prognosis for recovery is known.

Preguntas y Respuestas

UNA VEZ QUE SE HAYA EMPEZADO EL TRATAMIENTO, ¿QUÉ TAN DIFÍCIL ES DETENERLO?

Muchos tratamientos se empiezan antes de saber cuáles serán sus resultados. Si usted permanece con capacidad para tomar decisiones, puede solicitarle al médico que suspenda el tratamiento en cualquier momento. Sin embargo, si su condición de salud impide permanentemente su habilidad para tomar decisiones, el médico podrá utilizar su Testamento de Vida o a su Sustituto para la Toma de Decisiones como guía para suspender tratamientos que usted no desee.

¿EXISTEN LIMITACIONES PARA LLEVAR A CABO MIS INSTRUCCIONES?

Sí. Las instrucciones para suspender tratamientos para la prolongación de la vida no se pueden cumplir en casos de embarazo, o en casos en los cuales se cree que la incapacidad de la persona para tomar decisiones es solo temporal. En estos casos, se prestará tratamiento para restaurar la habilidad de la persona para tomar decisiones.

¿PUEDO SOLICITAR QUE NO SE ME SUMINISTRE ALIMENTO O AGUA ARTIFICIALMENTE (POR EJEMPLO, POR MEDIO DE TUBOS O A TRAVÉS DE LAS VENAS)?

Sí. La ley de la Florida le da el derecho de hacer este tipo de solicitudes en su Testamento de Vida. Si usted incluye esta solicitud en su Testamento de Vida, tal solicitud será cumplida si su condición de salud es terminal, o si usted está incapacitado mentalmente, y se determina que la alimentación artificial solo serviría para prolongar el proceso de muerte. Un Sustituto para la toma de decisiones de salud, en las circunstancias apropiadas, puede también pedir a sus médicos que suspendan la alimentación por medio de tubos o intravenosa.

YO ESTOY INTERESADO EN PREPARAR UN TESTAMENTO DE VIDA Y/O EN NOMBRAR A UN SUSTITUTO PARA LA TOMA DE DECISIONES DE SALUD, ¿CÓMO HAGO ESTO?

Una manera fácil es decirle a su médico o enfermera que usted desea preparar un Testamento de Vida y/o nombrar a un Sustituto para la toma de decisiones de salud. Para su conveniencia, el Hospital General de Tampa ha provisto formularios en blanco para la preparación de Testamento de Vida y designación de Sustituto para la Toma de Decisiones en este folleto. Estos formularios están basados en los documentos sugeridos que se encuentran en los estatutos de la Florida. No se exige completar estos formularios. Sin embargo, si usted decide prepararlos, estos deberán ser firmados en presencia de dos testigos apropiados. También debe saber que formularios de Testamentos de Vida y Sustitutos para la toma de decisiones también están disponibles de otras fuentes, incluyendo consultorios médicos, oficinas de abogados, iglesias, y organizaciones nacionales tales como la Sociedad para el Derecho a Morir, Cinco Deseos, y el Proyecto Gracia. Si usted tiene preguntas acerca de la preparación de los documentos de directivas anticipadas, por favor contacte a nuestros departamentos de Cuidado Pastoral o Manejo de Resultados. Su enfermera le puede ayudar a hacerlo.

DESPUÉS DE COMPLETAR UN TESTAMENTO DE VIDA Y/O UN NOMBRAMIENTO DE SUSTITUTO PARA LA TOMA DE DECISIONES, ¿QUÉ HAGO CON ESTOS DOCUMENTOS?

Usted debe conservar los documentos originales. Debe dar copias de ellos a sus médicos, y a otro personal que pueda resultar involucrado en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Si usted ha nombrado un sustituto para la toma de decisiones, debe darle a él una copia de ese documento.

Su médico pondrá una copia de sus documentos en su historia clínica. Usted debe solicitar a otras personas a quienes les de copias que las guarden en un lugar seguro pues podrían tener que presentarlas en el futuro. Algunas personas prefieren darle una copia a su abogado.

Usted también debe discutir sus deseos con aquellas personas que puedan resultar involucradas en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Recuerde, ellas probablemente serán las que hablen con su doctor en caso de que usted quede incapacitado mentalmente.

Hacer claros sus deseos a todos los involucrados, es la clave para asegurarse de que serán cumplidos.

Directiva Avanzada - Testamento de Vida

Yo, *(nombre en letra de imprenta)* _____, por medio de este documento doy a conocer mi deseo de que mi proceso de muerte no sea prolongado artificialmente bajo las circunstancias que especifico abajo y ruego a mis médicos, sustituto para la toma de decisiones sobre mi tratamiento de salud, y a mi familia respetar este testamento de vida.

Si en algún momento quedo incapacitado sin probabilidades razonables de recuperación Y

- Inicial

Yo tengo una enfermedad terminal **O**
- Inicial

Yo tengo una condición de salud en su etapa final **O**
- Inicial

Yo estoy en estado vegetativo persistente **Y**

cuando el médico que me atiende o presta tratamiento y otro médico consultor hayan determinado que no hay posibilidades razonables de que me recupere de esta condición, ordeno que se omitan o retiren procedimientos para la prolongación de la vida cuando la aplicación de tales procedimientos solo serviría para prolongar artificialmente el proceso de muerte, y que se me permita morir con solo la administración de los medicamentos o procedimientos que se consideren necesarios para proporcionar comodidad o aliviar el dolor.

Cuando ocurra la condición mencionada arriba, NO quiero lo siguiente: *(Marque lo que aplique)*

- ☐ No quiero resucitación cardiopulmonar (RCP) si mi corazón o respiración se detienen.
- ☐ No quiero máquinas para la respiración si no puedo respirar por mí mismo.
- ☐ No quiero nutrición artificial ni líquidos hidratantes a través de tubos en mis venas.
- ☐ No quiero nutrición artificial ni líquidos hidratantes a través de tubos en mi nariz o estómago.
- ☐ No quiero diálisis renal ni otras máquinas de este tipo.
- ☐ No quiero cirugías.
- ☐ No quiero medicamentos para prolongar mi agonía, tales como antibióticos, medicinas para la presión o el corazón.
- ☐ Otras instrucciones: _____

Otra información *(opcional)*: _____

En caso de que se haya determinado que no estoy capacitado para expresar un consentimiento informado en relación con la omisión, retiro o continuación de procedimientos para la prolongación de la vida, yo entiendo que puedo designar a un Sustituto para la Toma de Decisiones para que lleve a cabo las provisiones en esta declaración.

Yo entiendo el significado e importancia de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para tomar estas decisiones.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Un testigo no puede ser el cónyuge o pariente por consanguinidad. Los sustitutos designados no pueden firmar como testigos de este documento. Ambos testigos tienen que tener más de 18 años de edad. A menos que este documento especifique su fecha de expiración, esta designación permanecerá vigente hasta que sea revocada.

Testigo 1: _____
Firma Nombre en letra de molde Fecha

Testigo 2: _____
Firma Nombre en letra de molde Fecha

