



LIFE CARE **planning**

mis valores, mis elecciones, mi atención

kp.org/lifecareplan



Índice

Este folleto le indicará cómo planificar las decisiones de atención médica en caso de que se enferme gravemente y no pueda hablar por cuenta propia.

Instrucciones anticipadas para la atención médica	2
PARTE 1: Tomar sus propias decisiones de atención médica	3
Decidir sobre la donación de órganos	4
PARTE 2: Elegir un agente para la atención médica (poder notarial para la atención médica)	5
PARTE 3: Crear instrucciones para la atención médica (testamento vital)	6
PARTE 4: Completar un formulario de Órdenes portátiles de tratamiento para el sostenimiento de la vida (POLST)	6
PARTE 5: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas	7
PARTE 6: Recursos	8
Hoja de trabajo de valores	9
Formulario de Poder notarial para la atención médica	11
Formulario de Instrucciones para la atención médica (Testamento vital)	13

Instrucciones anticipadas para la atención médica

Cualquier persona, a cualquier edad, puede sufrir una enfermedad o un accidente grave. La planificación anticipada de la atención puede ayudarlo a documentar las decisiones sobre su atención médica en caso de que se enferme o se lesione y no pueda hablar por sí mismo.

La preparación de instrucciones anticipadas para la atención médica es una de las mejores formas de asegurarse de que su familia, amigos y proveedores de atención médica conozcan sus opciones de atención médica. Las instrucciones anticipadas para la atención médica incluyen los siguientes formularios:

- Poder Notarial para la Atención Médica
- Instrucciones para la atención médica (Testamento vital)
- Órdenes portátiles de tratamiento para el sostenimiento de la vida (POLST)
- Tarjeta de donador de órganos

La información y los formularios de este folleto pueden ayudarle a pensar en las opciones que tiene y preparar sus instrucciones anticipadas. Puede completar todos los formularios o solo las partes que desee. Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor de atención médica, trabajadores sociales, familiares o amigos.

En este folleto se incluye la siguiente información:

Parte 1: Tomar sus propias decisiones de atención médica

Aprenda sobre las decisiones de atención médica que podría enfrentar y conozca sus propios pensamientos y sentimientos para empezar a planificar. Hacer planes con anticipación puede ayudar a su proveedor de atención médica, su familia u otras personas a comprender el tratamiento que usted desearía o el tratamiento que sería mejor para usted si no pudiera hablar.

Parte 2: Elegir un agente para la atención médica

Cuando elige un agente para la atención médica, le otorga a otra persona un poder notarial para la atención médica. Esto significa que la persona que nombre como su agente para la atención médica está autorizada a tomar decisiones médicas por

usted en caso de que usted no pueda tomarlas en primera persona. La firma de un poder notarial para la atención médica no elimina su capacidad para tomar sus propias decisiones a menos que no pueda hablar por cuenta propia.

Parte 3: Crear instrucciones para la atención médica (testamento vital)

Cuando crea instrucciones para la atención médica, lo que también se conoce como testamento vital, elige el tratamiento que desea en caso de padecer una enfermedad terminal o una pérdida permanente del conocimiento. Su testamento vital les permite a los demás saber que desea morir de forma natural y no recibir un tratamiento que prolongará artificialmente el proceso de morir. Este formulario también les permite a los demás saber si desea recibir nutrición e hidratación artificiales.

Parte 4: Completar un formulario de Órdenes portátiles de tratamiento para el sostenimiento de la vida (POLST)

Si tiene una enfermedad terminal grave, un proveedor de atención médica calificado puede completar un formulario llamado Órdenes portátiles de tratamiento para el sostenimiento de la vida (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST). Este formulario representa sus deseos como órdenes médicas claras y específicas para las personas que lo tratan.

Parte 5: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas

Una vez que haya completado los formularios que desee, comparta la información con su proveedor de atención médica, familiares y amigos. Entréguele una copia a su proveedor de atención médica y a las personas que necesiten conocer esta información en caso de que le suceda algo. Conserve los formularios originales y envíe copias al Registro de instrucciones anticipadas de Kaiser Permanente.

Parte 6: Recursos

Encontrará recursos adicionales que pueden ayudarlo a preparar formularios de instrucciones anticipadas.

PARTE 1: Tomar sus propias decisiones de atención médica

La siguiente lista de verificación puede ayudarle a pensar en el tratamiento que desea en caso de accidente o enfermedad grave. También hay una Hoja de trabajo de valores en la página 9 para ayudarle a aclarar sus valores, creencias y metas. Una vez que haya revisado la lista de verificación y la hoja de trabajo de valores, complete y firme los dos formularios de este folleto: Poder notarial para la atención médica e instrucciones para la atención médica (testamento vital).

Piense en lo que hace que vivir su vida valga la pena. Ponga una "X" junto a las afirmaciones con las que esté más de acuerdo:

Mi vida solo vale la pena si puedo:

- Hablar con familiares o amigos
- Despertar de un coma
- Alimentarme, bañarme y hacerme cargo de mí mismo
- Vivir sin dolor
- Vivir sin necesidad de estar conectado a máquinas

Siempre vale la pena vivir mi vida, no importa la gravedad de la enfermedad.

- Sí
- No

Si me estoy muriendo, para mí es importante estar:

- en mi casa
- en el hospital

La religión o la espiritualidad son importantes para mí.

- Sí
- No

Quiero que mi proveedor de atención médica conozca la siguiente información sobre mis creencias religiosas o espirituales:

El tratamiento de soporte vital es la atención médica que puede ayudarle a vivir más tiempo. Puede incluir cirugía, medicamentos o cualquiera de los siguientes elementos:

- Transfusiones de sangre
 - Una transfusión de sangre se usa para reemplazar la sangre que podría perderse a causa de una cirugía, una lesión o una enfermedad.
- Máquina para respirar o respirador
 - Esta máquina bombea aire a sus pulmones y respira por usted cuando no puede respirar por cuenta propia.
- RCP (reanimación cardiopulmonar). La RCP puede implicar lo siguiente:
 - Presionar con fuerza el pecho para mantener el flujo sanguíneo.
 - Choque eléctrico para reiniciar el corazón.
 - Administrar medicamentos por vía intravenosa.
- Diálisis
 - La diálisis utiliza una máquina para limpiar la sangre en caso de que los riñones dejen de funcionar.
- Tubo de alimentación
 - Se coloca un tubo de alimentación por la garganta que llega al estómago para alimentarlo si no puede tragar.

Ponga una "X" junto a las afirmaciones con las que esté más de acuerdo:

Si estuviera tan enfermo que podría morir pronto:

- Prueben todos los tratamientos de soporte vital que mi proveedor de atención médica crea que podrían servir. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, quiero seguir conectado a las máquinas de soporte vital.
- Prueben todos los tratamientos de soporte vital que mi proveedor de atención médica crea que podrían servir. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, no quiero seguir conectado a las máquinas de soporte vital.
- Prueben alguno de los siguientes tratamientos de soporte vital, o todos ellos, que mis proveedores de atención médica crean que podrían servir:
 - RCP
 - Máquina para respirar o respirador
 - Diálisis
 - Tubo de alimentación
 - Transfusiones de sangre
 - Medicamentos
 - Otros tratamientos _____
- No quiero ningún tratamiento de soporte vital
- Quiero que mi agente para la atención médica decida por mí

Decidir sobre la donación de órganos

La donación de órganos puede ayudar a salvar vidas. Los órganos y tejidos, incluidos los ojos, los riñones, el corazón, las válvulas cardíacas, el hígado, los huesos, los pulmones y la piel, pueden ser utilizados por otras personas que podrían necesitarlos para mantenerse con vida. Los órganos y tejidos también pueden utilizarse con fines de investigación.

Ponga una "X" junto a las afirmaciones con las que esté más de acuerdo:

- Quiero donar mis órganos.

¿Qué órganos quiere donar?

- Cualquier órgano
- Solo estos órganos:

- No quiero donar mis órganos
- Quiero que mi agente para la atención médica decida por mí

¿Hay algo más que desee que su proveedor de atención médica, su familia u otras personas sepan sobre la atención médica que desea recibir si se enferma o se lesiona y no puede hablar por cuenta propia?

Si desea donar sus órganos, debe firmar una tarjeta de donador de órganos.

Hay 2 maneras de hacer esto:

- Llame a la línea gratuita de LifeCenter Northwest a 1-877-275-5269 y solicite una tarjeta de donador de órganos.
- Informe al Departamento de Licencias (Department of Licensing, DOL) que desea ser donador de órganos al momento de solicitar una licencia de conducir, un permiso de instrucción o una tarjeta de identificación estatal.

PARTE 2: Elegir un agente para la atención médica (poder notarial para la atención médica)

Su agente para la atención médica es la persona que usted elige para que tome decisiones médicas por usted, en caso de que no pueda tomarlas por cuenta propia. Autoriza a esta persona a tomar decisiones sobre su atención con sus proveedores de atención médica.

¿A quién puedo elegir para que sea mi agente para la atención médica?

Puede elegir a cualquier familiar o amigo que:

- Sea mayor de 18 años
- Pueda estar disponible cuando lo necesite
- Sea alguien en quien confía para hacer lo mejor para usted
- Pueda informar a sus médicos sobre las decisiones que tomó sobre su atención médica

No puede elegir a su proveedor de atención médica o cualquier persona que trabaje en el hospital, hogar para ancianos, centro de vida asistida o clínica a la que asiste para que sea su agente para la atención médica, a menos que esa persona sea un miembro de su familia.

¿Qué pasaría si no eligiera un agente para la atención médica?

Si no puede tomar decisiones médicas por cuenta propia y no ha elegido un agente para la atención médica, la ley del estado de Washington establece que sus médicos deben pedir el consentimiento de las personas de las siguientes categorías, en el orden que se indica a continuación:

- Tutor legal designado por el tribunal, si tiene uno
- La persona nombrada en el formulario de Poder notarial para la atención médica, si tiene uno
- Cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado de Washington
- Hijos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Padres del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Hermanos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)

- Nietos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Sobrinas y sobrinos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Tías y tíos adultos del paciente (todos deben estar de acuerdo)
- Cualquier adulto que cumpla con los criterios descritos en RCW 7.70.065

¿Qué tipo de decisiones puede tomar mi agente para la atención médica?

Su agente para la atención médica puede tomar decisiones sobre lo siguiente:

- Medicamentos o pruebas que pueda recibir
- Qué sucede con sus órganos después de su muerte
- Seguir los consejos de sus proveedores de atención médica y trabajadores sociales
- Los hospitales o clínicas en las que se hospitalizará
- Tratamientos de soporte vital que puede recibir o no, incluyen lo siguiente:
 - RCP
 - Máquina para respirar o respirador
 - Diálisis
 - Tubo de alimentación
 - Transfusiones de sangre
 - Medicamentos
 - Otros tratamientos

¿Cómo puedo hacer oficial mi decisión?

Una vez que haya elegido a su agente para la atención médica, complete y firme el formulario de Poder notarial para la atención médica que se encuentra en las páginas 11 a 12 de este folleto. Las instrucciones para completar el formulario se incluyen en la Parte 5.

¿Tengo que certificar el formulario?

Los residentes de Washington deben certificar la firma del formulario de Poder notarial (Durable Power of Attorney, DPOA) para la atención médica, ya sea con 2 testigos O con un escribano público.

Consulte los requisitos de testificación que se incluyen en el formulario DPOA en la página 12.

PARTE 3: Crear instrucciones para la atención médica (testamento vital)

Además de hablar con sus proveedores de atención médica, familiares y amigos, debe expresar sus deseos por escrito. Uno de los documentos que puede utilizar es el testamento vital, también conocido como instrucciones para la atención médica o instrucciones para médicos.

El testamento vital es una guía para los médicos y las familias que indica la decisión de una persona de rechazar el tratamiento médico de soporte vital si la persona tiene una enfermedad terminal o una enfermedad o lesión que la deja permanentemente inconsciente. Las instrucciones le permiten a su médico continuar o suspender el tratamiento para el sostenimiento de la vida. Seguirá recibiendo cuidados paliativos.

El derecho a crear un testamento vital está establecido en la Ley de Muerte Natural del estado de Washington.

Para completar las instrucciones para la atención médica (testamento vital), complete las páginas 13 y 14 del formulario que contiene este folleto. Las instrucciones para completar el formulario se incluyen en la Parte 5.

¿Tengo que certificar el formulario?

Los residentes de Washington deben certificar la firma del formulario de Instrucciones para la atención médica (Testamento vital) ya sea con dos testigos O con un escribano público.

Consulte los requisitos de testificación que se incluyen en el formulario Instrucciones para la atención médica (Testamento vital) en la página 14.

PARTE 4: Completar un formulario de Órdenes portátiles de tratamiento para el sostenimiento de la vida (POLST)

Órdenes portátiles para tratamientos de soporte vital (POLST) es un formulario que se completa con un proveedor de atención médica calificado que le dice a ciertas personas (como médicos en el hospital y paramédicos en una ambulancia) sobre el tipo de atención médica que desea en caso de que tenga una enfermedad o lesión grave.

El formulario de POLST es un conjunto de órdenes médicas autorizadas por un proveedor de atención médica calificado que enumera los tipos de tratamiento de soporte vital que desea o no desea al final de su vida.

Documentos del formulario de POLST:

- Sus afecciones médicas
- Sus preferencias para lo siguiente:
 - Recibir RCP si su corazón no late y usted no respira
 - El uso de líquidos y nutrición proporcionados artificialmente

El formulario de POLST es voluntario y está destinado a lo siguiente:

- Ayudarlo a usted y a un proveedor de atención médica calificado a hablar y desarrollar planes que apoyen sus deseos.
- Ayudar a los médicos, enfermeras, centros de atención médica y trabajadores de emergencia a cumplir sus deseos sobre el tratamiento para el sostenimiento de la vida.
- El tratamiento directo apropiado por parte del personal de servicios médicos de emergencia.

Preguntas frecuentes sobre el formulario de POLST:

- ¿Es necesario firmar el formulario de POLST? Sí. Un médico (MD o DO), enfermero con práctica médica o asistente médico certificado (PA-C) debe firmar este formulario de color verde brillante para que se considere una orden que sea comprendida y acatada por otros profesionales de la salud.

- **Si tengo un formulario de POLST firmado, ¿también necesito instrucciones anticipadas?** Sí, le recomendamos que también tenga instrucciones anticipadas, aunque no es un requisito. Si desea obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, comuníquese con su proveedor de atención médica.
- **¿Qué sucede si mi ser querido ya no puede comunicar sus deseos de atención?** Si usted es el agente para la atención médica designado por su ser querido, puede hablar en nombre de esta persona. Un proveedor de atención médica calificado puede completar el formulario de POLST con base en su comprensión de los deseos de su ser querido.
- **¿En qué contexto se utiliza el formulario de POLST?** El formulario de POLST que se completa es un formulario de pedido médico

que permanecerá con usted si lo transportan entre entornos de atención, ya sea que se encuentre en su hogar, en el hospital o en un centro de atención a largo plazo.

- **¿Dónde se guarda el formulario de POLST?** Si vive en su casa, debe mantener el formulario de POLST verde brillante original en un lugar donde las personas que entren a su casa puedan verlo fácilmente (por ejemplo, en la parte delantera del refrigerador, en la puerta del dormitorio, en una mesita de noche o en su botiquín). Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede guardar su formulario de POLST en su expediente médico junto con otras órdenes médicas.
- **¿Cómo obtengo una copia del formulario de POLST?** Pídale el formulario de POLST a su médico u otro proveedor de atención médica.

PARTE 5: Compartir sus formularios de instrucciones anticipadas

Una vez que se completan y se firman correctamente o se certifican, los formularios Instrucciones para la atención médica (Testamento vital) y Poder notarial para la atención médica son documentos legales.

Conserve los archivos originales para sus registros. Haga copias para los miembros de su familia u otras personas a quienes podrían llamar para que tomen decisiones en su nombre, incluido su agente para la atención médica y su abogado personal.

Además, debe asegurarse de que los formularios estén incluidos en su historia clínica de Kaiser Permanente. Puede hacer esto de las siguientes maneras:

- Envíe (1) copia de cada formulario por correo a la dirección:

Kaiser Permanente Advance Directives Registry
Mailstop ACN-AC3
P.O. Box 204
Spokane, WA 99210-0204
Oregon
- O envíe un correo electrónico a la dirección de correo electrónico: kpadvancedirectives@kp.org o un fax: 509-434-3185

Oregon
- Entregue copias a su equipo de atención médica.

Una vez que los formularios estén en su historia clínica, los médicos de Kaiser Permanente tendrán acceso a ellos las 24 horas. Si desea asegurarse de que sus formularios estén en su historia médica, puede llamar al Registro de instrucciones anticipadas de Kaiser Permanente al 1-877-850-9445.

Tomar decisiones que no se incluyen en los formularios

Si desea tomar decisiones sobre su atención médica que no están incluidas en los formularios:

- Escriba sus elecciones en una hoja de papel
- Guarde esos documentos con sus otros formularios de instrucciones anticipadas
- Comparta sus elecciones con las personas que lo cuidan

Editar o actualizar sus formularios

Si desea hacer cambios en sus instrucciones anticipadas, dígaselo primero a las personas que lo cuidan. Luego, una vez que haya realizado los cambios en los formularios, distribuya copias a su agente para la atención médica, a sus familiares y sus seres queridos, y a Kaiser Permanente, tal como lo hizo la primera vez. Solicite que se destruyan las versiones anteriores. Importante: Cualquier cambio en las POLST debe tener la firma de un proveedor de atención médica calificado.

PARTE 6: Recursos que podrían ser útiles al preparar sus formularios de instrucciones anticipadas

Programa de planificación para el cuidado de la vida (Life Care Planning Program) de Kaiser Permanente Washington

1-866-458-5276

Correo electrónico:

kpwa.lifecareplanning@kp.org

Ofrece talleres gratuitos de 2 horas sobre instrucciones anticipadas en varios centros de atención de Kaiser Permanente.

Línea de recursos de Kaiser Permanente Washington

1-800-992-2279

Correo electrónico: KPWA.resource-L@kp.org

Ofrece formularios de Poder notarial para la atención médica e Instrucciones para la atención médica (Testamento vital).

SOLO EN EL CONDADO DE KING: Proporciona información de contacto para los voluntarios del programa de asistencia con los derechos de las personas mayores (Senior Rights Assistance) que pueden hablar con usted sobre cómo completar los formularios de instrucciones anticipadas.

Registro de instrucciones anticipadas de Kaiser Permanente Washington

1-877-850-9445

Ofrece ayuda para escanear y archivar las instrucciones anticipadas en su historia clínica.

Servicios de salud domiciliaria y servicios de cuidados paliativos de Kaiser Permanente Washington

1-800-332-5735

Brinda atención en el hogar cuando necesita atención de rehabilitación o servicios de cuidados paliativos para enfermedades avanzadas.

Asociación Médica del Estado de Washington

206-441-9762 (área de Seattle)

1-800-552-0612

Ofrece formularios de Poder notarial para la atención médica e Instrucciones para la atención médica (Testamento vital).

LifeCenter Northwest

1-877-275-5269

www.lcnw.org

Proporciona información sobre la donación de órganos y tejidos.

Referencia de abogados de la Asociación de Abogados del Estado de Washington

1-800-945-9722

Puede proporcionar el número del servicio de referencia de abogados más cercano en su área.

Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington

www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning

Ofrece información y recursos sobre instrucciones anticipadas.

HOJA DE TRABAJO DE VALORES

Las siguientes son preguntas que debe tener en cuenta al momento de tomar decisiones y preparar documentos para sus deseos de atención médica. Es posible que desee escribir sus respuestas y entregar copias a su familia y a sus proveedores de atención médica, o simplemente usar las preguntas para reflexionar y debatir.

¿Qué importancia tienen para usted los siguientes puntos?

	MUY IMPORTANTE		→	NO ES IMPORTANTE	
Dejar que la naturaleza siga su curso	4	3	2	1	0
Conservar mi calidad de vida	4	3	2	1	0
Mantenerme fiel a mis creencias y tradiciones espirituales	4	3	2	1	0
Vivir el mayor tiempo posible, independientemente de la calidad de vida	4	3	2	1	0
Ser independiente	4	3	2	1	0
Estar lo más cómodo y sin dolor que sea posible	4	3	2	1	0
Dejar buenos recuerdos a familiares y amigos	4	3	2	1	0
Contribuir a la investigación o la docencia médica	4	3	2	1	0
Ser capaz de relacionarme con familiares y amigos	4	3	2	1	0
No tener limitaciones físicas	4	3	2	1	0
Estar mentalmente alerta y ser competente	4	3	2	1	0
Poder dejar dinero a familiares, amigos u organizaciones benéficas	4	3	2	1	0
Morir en poco tiempo en lugar de manera lenta	4	3	2	1	0
Evitar cuidados costosos	4	3	2	1	0

¿Qué será importante para usted cuando esté agonizando (por ejemplo, la comodidad física, la ausencia de dolor, la presencia de los miembros de la familia, etc.)?

¿Qué opina sobre el uso de medidas para el sostenimiento de la vida frente a una enfermedad terminal? ¿Coma permanente? ¿Enfermedad crónica irreversible o discapacidad (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer)?

¿Siempre quiere conocer la información sobre su enfermedad, aunque esta información lo incomode?

¿Tiene opiniones firmes sobre ciertos tratamientos médicos? Algunos tratamientos sobre los que quizás desee decidir incluyen los siguientes: respiración mecánica (respirador), RCP (reanimación cardiopulmonar), nutrición e hidratación artificiales (nutrición y líquidos administrados a través de un tubo en las venas, la nariz o el estómago), antibióticos, diálisis renal, cuidados intensivos hospitalarios, analgésicos, quimioterapia o radioterapia y cirugía.

¿Cambiaría su opinión de estos tratamientos según su condición médica y pronóstico? ¿Le gustaría evitar ciertos tratamientos solo cuando la muerte fuera segura o también cuando probablemente lo dejarían incapacitado? ¿Le gustaría evitar ciertos tratamientos si se usaran únicamente para prolongar el proceso de muerte, pero aceptarlos si aliviarían el dolor?

¿Qué limitaciones de su salud física y mental afectarían las decisiones de atención médica que tomaría?

¿Quiere que se tengan en cuenta las finanzas al momento de tomar las decisiones sobre el tratamiento?

¿Quiere que lo coloquen en un hogar para ancianos?

¿Quiere recibir cuidados paliativos con el objetivo de mantenerlo cómodo en su hogar durante el final de la vida, en lugar de ser hospitalizado?

¿Quiere participar en la toma de decisiones sobre su atención médica y su tratamiento?

¿Quiere ser donador de órganos en el momento de su muerte?

PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Estas instrucciones anticipadas, el Poder notarial para la atención médica, le permiten nombrar a la persona que tomará las decisiones de atención médica por usted cuando usted no puede tomarlas por cuenta propia. Esta persona es el agente para la atención médica. Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington.

Mi información:

Nombre y apellido: _____ Número de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: / / _____

(mm/dd/aaaa)

MIS AGENTES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

La persona que designo como mi agente para la atención médica es:

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

En el caso de que la persona mencionada anteriormente no pueda o no quiera serlo, o si no pueden comunicarse con dicha persona tras realizar un esfuerzo razonable, otorgo estos poderes al siguiente agente para la atención médica calificado que se indica a continuación:

Primer suplente

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

Segundo suplente

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE UN AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Declaración de autoridad y poderes generales de mi agente para la atención médica: Mi agente para la atención médica está específicamente autorizado para dar consentimiento para el tratamiento de atención médica cuando no pueda tomar mis propias decisiones. Mi agente para la atención médica está autorizado a cumplir mis deseos con respecto a los tratamientos para el sostenimiento de la vida, como el tubo de alimentación, la reanimación cardiopulmonar, el respirador y la diálisis renal. Esto incluye el consentimiento para iniciar, continuar o interrumpir un tratamiento médico. Este documento le da a la persona que usted designe como su agente para la atención médica el poder de tomar decisiones de atención médica por usted y entra en vigor solo cuando usted pierde la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la atención médica por cuenta propia. Siempre que tenga la capacidad de tomar decisiones de atención médica informadas por cuenta propia, conserva el derecho a tomar todas las decisiones médicas y de otro tipo. Sus deseos sobre el tratamiento médico pueden adjuntarse a este formulario. Si así lo desea, puede incluir limitaciones específicas sobre la autoridad del agente para la atención médica para tomar decisiones de atención médica en este documento.

Doy fe de lo siguiente: Entiendo la importancia y el significado de este Poder notarial para la atención médica (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC). Este formulario refleja mis elecciones con respecto al agente para la atención médica. He completado este formulario de manera voluntaria. Estoy pensando con claridad. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Entiendo que puedo reemplazar este formulario en cualquier momento por otro que revocará cualquier DPOA-

Nombre y apellido:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento: / /

HC anterior. Quiero que este DPOA-HC entre en vigencia si un médico o la persona designada por mí determina que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica. Estas instrucciones estarán vigentes mientras dure mi incapacidad.

Dos testigos O un escribano deben verme firmar este formulario para que sea legalmente válido.

Mi firma:

Fecha:

REQUISITO DE TESTIGOS O ESCRIBANO

Sin las firmas de los testigos o la certificación de un escribano, este formulario no tiene validez legal.

Opción 1: Dos testigos

Requisitos para los testigos:

- Debe tener al menos 18 años de edad y ser competente.
- No pueden estar relacionados con usted o su agente para la atención médica por sangre, matrimonio o sociedad doméstica registrada en el estado.
- No puede ser su proveedor de atención domiciliaria o un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o un centro de atención a largo plazo donde vive.

Testimonio del testigo: Declaro que cumplo con los requisitos para ser testigo.

Testigo n.º 1 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Testigo n.º 2 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Opción 2: Escribano

Estado de Washington)

)

Condado de _____)

Este registro fue reconocido ante mí el _____ de

por (nombre de la persona):

Firma:

Tratamiento:

Vencimiento:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Este formulario legal es una versión entre muchas versiones disponibles públicamente. No pretende ser un consejo legal.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, consulte a su asesor legal. (08-2021)

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (TESTAMENTO VITAL)

Nombre y apellido:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento: / /

Instrucciones hechas el _____ de _____, _____
(año)

Yo, _____ en pleno uso de mis facultades y de manera voluntaria y deliberada, informo mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se describen a continuación y declaro lo siguiente:

(A) Si, en cualquier momento, sufro una condición médica incurable e irreversible certificada como "enfermedad terminal" por mi médico adjunto donde la aplicación de un tratamiento para el sostenimiento de la vida solo serviría para prolongar el proceso de mi muerte, deseo que no se realice dicho tratamiento (o que se interrumpa) y que se me permita morir naturalmente. Comprendo que una "condición terminal" es una condición médica incurable e irreversible ocasionada por una lesión o enfermedad que, según criterio médico, ocasionaría la muerte en un período razonable de acuerdo con los estándares médicos aceptados.

(B) Si llego a entrar en un estado de coma irreversible, en un estado vegetativo persistente o en otra condición que me mantenga inconsciente permanentemente (con certificación de dos médicos, de los cuales uno considere que no tengo posibilidad razonable de recuperación), deseo que el tratamiento para el sostenimiento de la vida no se realice o se interrumpa. (C) Si se me diagnostica una enfermedad terminal u otra afección que me mantenga inconsciente de forma permanente, [elija una opción]

___ DESEO que se me administre nutrición e hidratación de manera artificial.

___ NO DESEO que se me administre nutrición e hidratación de manera artificial.

Comprendo que la nutrición e hidratación que se administran de manera artificial representan un tratamiento para el sostenimiento de la vida en ciertas circunstancias. Solicito a todos los proveedores de atención médica que respeten mis deseos detallados en este documento.

(D) Ante mi falta de capacidad para dar instrucciones sobre el uso de los procedimientos para el sostenimiento de la vida, es mi intención que estas instrucciones sean respetadas por mi familia, mis médicos y demás proveedores de atención médica como la expresión última de mi derecho final a negarme a tratamientos médicos y quirúrgicos. Cualquier persona designada para tomar estas decisiones por mí, ya sea a través de un poder legal o de otra manera, también debe respetar estas instrucciones. Acepto las consecuencias de esta renuncia.

(E) Si estoy embarazada y los médicos saben el diagnóstico, estas instrucciones no tendrán efecto ni vigencia durante el embarazo.

(F) Comprendo en su totalidad la importancia de estas instrucciones y soy competente emocional y mentalmente para tomar las decisiones. También entiendo que puedo cambiar o anular estas instrucciones en cualquier momento.

(G) También brindo las siguientes instrucciones adicionales sobre mi atención:

*Mi firma y la firma de un **escribano** o las de **dos testigos** se requieren en la página siguiente*

Nombre y apellido:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento:

/ /

Dos testigos O un escribano deben verme firmar este formulario para que sea legalmente válido.

Mi firma:

REQUISITO DE TESTIGOS O ESCRIBANO

Sin las firmas de los testigos o la certificación de un escribano, este formulario no tiene validez legal.

Opción 1: Dos testigos

Requisitos para los testigos:

- Debe tener al menos 18 años de edad y ser competente.
- No pueden estar relacionados con usted o su agente para la atención médica por sangre, matrimonio o sociedad doméstica registrada en el estado.
- No puede ser su proveedor de atención domiciliaria o un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o un centro de atención a largo plazo donde vive.
- No puede ser ninguna persona que tenga un reclamo contra cualquier parte del patrimonio del declarante tras el fallecimiento del declarante en el momento de la ejecución de las instrucciones.

Testimonio del testigo: Declaro que cumplo con los requisitos para ser testigo.

Testigo n.º 1 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Testigo n.º 2 Firma:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

Opción 2: Escribano

Estado de Washington)

)

Condado de _____)

)

Este registro fue reconocido ante mí el _____

de _____

por (nombre de la persona): _____

Firma:

Tratamiento:

Vencimiento:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Este formulario legal es una versión entre muchas versiones disponibles públicamente. No pretende ser un consejo legal.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, consulte a su asesor legal. (08-2021)

