



Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español")

Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

Introducción

Este Poder Notarial para la Atención Médica y la Declaración del District of Columbia le permiten compartir sus valores, sus elecciones y sus deseos acerca de su futura atención médica. Este formulario puede utilizarse para:

- nombrar a una persona de su confianza para que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted;
- proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro;
- asignar un Poder Notarial para la Atención Médica Y dar instrucciones por escrito para la atención médica en el futuro; Y
- hacer un borrador de la Declaración del District of Columbia, que es el Testamento Vital del District of Columbia. Le permite expresar sus deseos sobre atención médica si desarrolla un problema terminal de salud y ya no puede tomar sus propias decisiones médicas. Su declaración entrará en vigor cuando su médico y otro médico declaren que usted tiene una enfermedad incurable que le llevará a la muerte, con o sin el uso de procedimientos para la conservación de la vida.

La Parte 1 le permite nombrar a un agente de atención médica.

La Parte 2 le da la oportunidad de decir lo que es importante para usted.

La Parte 3 da instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

La Parte 4 expresa sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

La Parte 5 valida legalmente su Poder Notarial para la Atención Médica y la Declaración del District of Columbia en el District of Columbia.

La Parte 6 lo prepara para compartir sus deseos y este registro con otras personas.

Este Poder Notarial reemplazará otras instrucciones por anticipado para la atención médica que usted haya llenado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar su Poder Notarial, deberá decirle a su apoderado legal verbalmente o por escrito, a su proveedor de atención médica verbalmente o por escrito o deberá firmar un nuevo Poder Notarial para la Atención Médica. Si nombra a su cónyuge o pareja doméstica como su apoderado y su matrimonio o unión doméstica termina, se cancelará automáticamente el poder del cónyuge o la pareja doméstica para actuar en su nombre.

Usted puede cancelar su Declaración en cualquier momento, sin importar cuál sea su estado mental, al eliminar, quemar, rasgar o romper el documento, o al pedirle a otra persona que lo haga en su presencia; realizar o decirle a otra persona que realice una revocación por escrito fechada y firmada, la cual entra en vigor cuando se la dé a su médico, o cancelar verbalmente su Declaración en presencia de un testigo, mayor de 18 años, que debe firmar y fechar una prueba escrita de su revocación verbal. La revocación verbal entra en vigor una vez que se le comunique a su médico.

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____



Parte 1. Mi Poder Notarial (agente de atención médica)

Cómo elegir un agente de atención médica: Elija a alguien que lo conozca bien, alguien en quien usted confíe que cumplirá sus puntos de vista y valores y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en momentos estresantes. Una vez que haya escogido a su agente de atención médica, tómese un tiempo para hablar sobre sus opiniones y objetivos de atención con esa persona.

Este poder notarial entra en vigor en caso de incapacidad del titular y no se verá afectado por la incapacidad posterior del titular.

Si no puedo tomar o comunicar decisiones acerca de mi atención médica y mi médico y otro profesional de la salud calificado (un psicólogo clínico o un psiquiatra) declaran por escrito que no puedo tomar una decisión informada sobre mi atención médica, entonces elijo a las siguientes personas para hacer cumplir mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica.

Mi agente de atención médica debe tomar las decisiones de atención médica idénticas a las instrucciones que manifiesto en este documento y con mis deseos conocidos. Si mi agente no conoce mis deseos, debe tomar las decisiones de atención médica que considere que sean lo mejor para mí, teniendo en cuenta lo que conoce sobre mis valores personales.

Este formulario no le otorga a mi agente de atención médica el poder para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.

Mi agente de atención médica principal es:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Si cancelo el poder de mi agente principal de atención médica o si mi agente principal no está dispuesto, no puede o si mis proveedores de atención médica no pueden localizar a mi agente para tomar una decisión de atención médica por mí, nombro a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de agentes sustitutos.

Primera opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Segunda opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____



Facultades de mi agente de atención médica:

A menos que indique lo contrario, mi agente de atención médica tiene las siguientes facultades cuando yo no esté en condiciones de hablar por mí mismo o de tomar mis propias decisiones:

- A. Tomar decisiones por mí en relación con mi atención médica. Esto implica decisiones acerca de exámenes, medicamentos y cirugía. También implica decisiones para brindar, no dar o detener todas las formas de atención médica para mantenerme con vida, así como la alimentación por sonda y los líquidos por vía intravenosa (IV).
- B. Revisar y entregar mis registros de salud, según sea necesario, para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones me proporcionarán la atención médica.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre la donación del cuerpo completo, de órganos, tejido o de ojos para la investigación y educación.

Facultades adicionales de mi agente de atención médica:

Marque la casilla a continuación si nombré a su cónyuge o pareja doméstica como su agente y si desea que su agente siga siendo su agente incluso si su matrimonio o unión doméstica termina:

- Deseo que mi agente siga siendo mi agente de atención médica incluso si nuestro matrimonio o unión doméstica se disuelve, es anulada o termina.

Incluya cualquier comentario o límite adicional que desee a la sección anterior. (Por ejemplo, puede nombrar a las personas que usted desea o no desea que tengan participación en las decisiones que se tomen en su nombre. Además, puede especificar las decisiones que no desea que tome su agente). Adjunte páginas adicionales, según sea necesario.



Parte 2. Mis valores

Deseo que mi agente y mis seres queridos sepan qué me importa más, para que puedan tomar decisiones acerca de mi atención médica que vayan de acuerdo con quién soy y con lo que es de gran importancia para mí.

Para darle una idea de lo que es más importante para mí, me gustaría contarle algunas cosas sobre mí, por ejemplo, cómo me gusta pasar mi tiempo, con quién me gusta estar y qué me gusta hacer. También me gustaría contarle acerca de las circunstancias en que la vida ya no tendría sentido para mí.

1. Si hoy fuera un día realmente bueno, estaría haciendo lo siguiente:

2. Lo más importante para mí es:

3. La vida ya no tendría sentido para mí si no pudiera:



Parte 3. Mis instrucciones de atención médica: mis elecciones, mi cuidado

En la siguiente situación, le pedimos que piense en un evento repentino e inesperado. Si puede, usted siempre hablará por usted mismo, pero en la situación que se menciona a continuación, piense qué desearía si no pudiera hablar por usted mismo.

Si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones, solicito que mi agente de atención médica haga cumplir mis decisiones, según se indica a continuación, y que mis médicos y mi equipo de atención médica las respeten. Si mi agente de atención médica o mis agentes sustitutos no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos.

Nota: Si usted decide no dar instrucciones por escrito, su agente de atención médica tomará las decisiones de acuerdo con sus deseos verbales. Si no se conocen sus deseos, su agente tomará decisiones basándose en lo que crea que es lo mejor para usted, pensando en sus valores.

1. Atención para prolongar la vida

Tenga en cuenta las siguientes situaciones:

Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino.

Los médicos han determinado que usted tiene una lesión cerebral que le impedirá reconocerse a sí mismo o a sus seres queridos. Los médicos han informado a su agente o a su familia que no se espera que pueda recuperar estas capacidades. Para poder mantenerlo con vida, se necesitan tratamientos que mantienen la vida, como el uso de un respirador artificial (es decir, una máquina de respiración) o una sonda de alimentación. En esta situación, ¿qué es lo que desearía?

Desearía que me mantengan cómodo y:

- elija una opción** {
- Desearía que DETENGAN los tratamientos que mantienen la vida. Entiendo que es probable que esto provoque mi muerte antes de lo que sucedería si continuara recibiendo la atención que me mantiene con vida.
 - Desearía los tratamientos que mantienen la vida para vivir tanto como sea posible.

Dé instrucciones adicionales sobre los tratamientos que mantienen la vida. Por ejemplo, es posible que quiera indicar un lapso específico de tiempo durante el cual desee que lo mantengan vivo si no hay cambios en su salud.



2. RCP (reanimación cardiopulmonar)

La RCP trata de devolver la vida a una persona cuando deja de respirar y de latirle el corazón. Puede involucrar compresiones cardiacas (ejercer presión sobre el tórax para que el corazón se contraiga), medicamentos, choques eléctricos y la colocación de un tubo de respiración.

Tiene opciones acerca de la RCP. Ésta puede salvar vidas. No es tan útil como cree la mayoría de las personas. La RCP funciona mejor si se hace con rapidez, a los pocos minutos, en un adulto sano. Cuando se realizan maniobras de RCP, se pueden producir fracturas de costilla, perforación de los pulmones o daño cerebral como consecuencia de la falta de oxígeno.* Si le gustaría obtener información adicional sobre la RCP, pida el folleto llamado **CPR: My Choice** (RCP: mi elección).

Si su corazón deja de latir y usted deja de respirar, ¿qué desearía?

- elija una opción** {
- Quiero que siempre me hagan maniobras de RCP.
 - No quiero que me hagan maniobras de RCP, prefiero que se me permita morir de manera natural.†
 - Quiero que me hagan maniobras de RCP, a menos que el médico que me trata decida alguna de las siguientes condiciones:
 - tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo, O
 - no tengo posibilidades de vivir si mi corazón o respiración se detiene, O
 - tengo pocas posibilidades de vivir si mi corazón deja de latir o si dejo de respirar, y la RCP me causaría un dolor grave.

* Las investigaciones indican que si está en el hospital y le hacen RCP, usted tiene un 22% de probabilidades de que las maniobras funcionen y salir del hospital con vida.

Ehlenbach, W., Barnato, A. E., Curtis, J. R., et al (2009). Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 361:22-31. Girotra, S., Brahmajee K., Nallamothu, M.D., et al (2012). Trends in survival after cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 167:1912-20.

† Si está seguro de que no quiere recibir RCP, hable con su médico de otros documentos que es posible que desee llenar con él.



Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional)

1. Mis pensamientos y sentimientos acerca de dónde preferiría morir:

2. Quiero que mis seres queridos sepan que si estoy cercano a mi muerte, me gustaría tener lo siguiente para mi comodidad y apoyo (oraciones, rituales, música, etc.):

3. A filiación religiosa o espiritual:

Soy _____ (religión) y soy miembro de (grupo religioso/espiritual) _____

_____ en (ciudad) _____,

(número de teléfono) _____. Me gustaría que mi agente les diga si estoy gravemente enfermo o estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):

4. Otros deseos e instrucciones:

Donación de órganos

Si está interesado en donar sus órganos cuando muera, puede declarar su condición de donante al obtener o renovar la licencia de conducir registrándose en el registro de donantes que se encuentra en <http://www.donatelifedc.org/> (haga clic en "Español").



Parte 5. Validación legal de este documento

Poder Notarial para la Atención Médica

Con este documento, planeo crear un Poder Notarial para la Atención Médica, el cual entrará en vigor si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica y continuará durante mi incapacidad.

Mi apoderado deberá tomar las decisiones de atención médica como he indicado anteriormente o como le hice saber de alguna otra manera.

Por medio de mi firma, señalo que entiendo el propósito y el efecto de este documento.

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Para que el Poder Notarial para la Atención Médica sea legalmente válido en el District of Columbia, debe ser firmado por dos testigos adultos (los testigos firmarán en la página 9).

Dos testigos

Ni usted, ni su proveedor de atención médica o el personal de su proveedor de atención médica pueden ser testigos de su firma en el poder notarial para la atención médica. Por lo menos uno de los testigos debe ser una persona que no tenga parentesco con usted (por sangre, matrimonio ni adopción) y que no recibirá ninguna parte de su herencia.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento, que la persona firmó o reconoció este poder notarial para la atención médica en mi presencia y que la persona parece estar en su sano juicio y libre de amenazas, fraude o influencias indebidas. Yo no soy la persona elegida como el apoderado en este documento, ni soy el proveedor de atención médica del titular, ni un empleado del proveedor de atención médica del titular.

Primer testigo:

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Segundo testigo:

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(AL MENOS UNO DE LOS TESTIGOS TAMBIÉN DEBERÁ FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN)

Además declaro que no tengo relación de sangre, matrimonio o adopción con el titular y que no tengo derecho a ninguna parte de la herencia del titular cuando muera según un testamento vigente o por derecho legal.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____



DECLARACIÓN DEL DISTRICT OF COLUMBIA

Su firma en su declaración no puede ser presenciada por nadie que firme en su nombre, que esté relacionado con usted (por sangre, matrimonio, adopción o unión doméstica), que heredará cualquier parte de su patrimonio, que esté financieramente a cargo de su atención médica, que sea su médico tratante o un empleado de su médico tratante o un empleado de un centro de atención médica en el que usted sea paciente. Si usted es un paciente de cuidados intermedios en un centro de atención especializada, uno de sus testigos debe ser un defensor de los derechos de los pacientes o un defensor general de los derechos.

Declaración realizada el _____ de _____
(día) (mes, año)

Yo, _____
(nombre)

en mi sano juicio, de propia voluntad y con libre albedrío doy a conocer el deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias expuestas a continuación, declaro lo siguiente:

Si en cualquier momento yo tuviera una lesión, afección o enfermedad incurable declarada como condición terminal por dos médicos que me hayan examinado personalmente, uno de los cuales será mi médico adjunto, y los médicos concluyeron que mi muerte ocurrirá sin importar si se utilizan métodos de mantenimiento de la vida o no, y donde la aplicación de procedimientos de mantenimiento de la vida únicamente serviría para prolongar artificialmente el proceso de la muerte, ordeno que dichos métodos sean suspendidos o retirados y que se me permita morir naturalmente únicamente con la administración de medicamento o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para hacerme sentir cómodo o para disminuir el dolor.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones sobre el uso de tales métodos para prolongar la vida, es mi plan que esta declaración sea respetada por mi familia y médicos como la expresión final de mi derecho legal a decir no al tratamiento médico o quirúrgico y aceptar los resultados de dicha negativa.

Entiendo la importancia de esta declaración y estoy emocional y mentalmente capacitado para hacer esta declaración.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Considero que el declarante está en su sano juicio. No firmé por el declarante ni por instrucción del declarante. Tengo por lo menos 18 años de edad y no estoy relacionado con el declarante por sangre, matrimonio, adopción o unión doméstica, ni tengo derecho a cualquier parte de la herencia del declarante, según lo establecido por las leyes de sucesión intestada del District of Columbia o bajo cualquier testamento del declarante o codicilo, ni soy directamente responsable financieramente por la atención médica del declarante. No soy ni el médico adjunto del declarante, ni un empleado del médico adjunto ni un empleado del centro de atención médica en el que el declarante es paciente.

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Parte 6. Sigüientes pasos

Ahora que ha terminado de redactar sus instrucciones por anticipado para la atención médica, también debería dar los siguientes pasos.

Converse:

1. Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su agente (si no lo ha hecho). Asegúrese de que puede llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
2. Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan involucrarse si usted tuviera una enfermedad o una lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su agente de atención médica y cuáles son sus deseos.

Entregue copias:

1. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su agente de atención médica.
2. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su médico o al Departamento de Historias Clínicas de Kaiser Permanente local.
3. Haga una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

Llévelas con usted:

1. Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos o para enfermos graves lleve una copia de sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud y pida que la incluyan en su historia clínica.
2. Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo largo.

Revise frecuentemente:

1. Revise sus deseos sobre atención médica cuando se presente alguna de las "cinco D":

Década: cada vez que empiece una nueva década de su vida.

Defunción: cuando sufra la muerte de un ser querido.

Divorcio: cuando se divorcie o experimente otro cambio importante en su familia.

Diagnóstico: cuando le diagnostiquen una afección médica grave.

Deterioro: cuando sienta un deterioro o desmejoramiento importante de su salud, en especial cuando no pueda vivir solo.

Cómo cambiar sus instrucciones por anticipado para la atención médica:

Si sus deseos cambian, llene un documento de instrucciones por anticipado para la atención médica nuevas, avise a su agente y a su familia y dé una copia a Kaiser Permanente.

Se han entregado copias de este documento a:

- Agente primario (principal) para la atención médica Nombre completo: _____ Teléfono: _____
- Agente de atención médica suplente n.º 1 Nombre completo: _____ Teléfono: _____
- Agente de atención médica suplente n.º 2 Nombre completo: _____ Teléfono: _____
- Proveedor de atención médica/clínica Nombre: _____ Teléfono: _____
- Otros: Nombre: _____ Teléfono: _____



Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan (haga clic en "Español")

kp.org/espanol

