



PLANIFICACIÓN

para el cuidado de la vida

mis valores, mis elecciones, mi atención

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

PLANIFICACIÓN para el cuidado de la vida

mis valores, mis elecciones, mi atención

Nombre completo (Full name): _____

Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Introducción (Introduction)

Estas instrucciones por anticipado le permiten compartir sus valores, sus elecciones y sus instrucciones acerca de su atención médica en el futuro. Este formulario puede utilizarse para:

- Nombrar a una persona de su confianza para que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted (su agente de atención médica); O
- Proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro; O
- Nombrar un agente de atención médica Y proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

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

La Parte 2 le da la oportunidad de compartir sus valores y lo que es importante para usted.

La Parte 3 le permite proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

La Parte 4 le brinda la posibilidad de manifestar sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

La Parte 5 le permite dar validez legal a sus instrucciones por anticipado en el estado de Washington.

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

Usted puede modificar este formulario o usar otro formulario.

Estas instrucciones por anticipado reemplazarán cualquier instrucción por anticipado que usted haya completado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar o cambiar a su agente designado, debe hacerlo por escrito y firmar ese documento, o puede informárselo a su proveedor de atención médica en persona.

Nombre completo (Full name): _____

Número de historia clínica (Medical record number): _____

Fecha de nacimiento (Date of birth): _____

Dirección postal (Mailing address): _____

Teléfono de casa (Home phone): _____ Teléfono celular (Cell phone): _____

Teléfono del trabajo (Work phone): _____ Correo electrónico (Email): _____

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Parte 1. Mi Agente de Atención Médica (Part 1. My Health Care Agent)

Cómo seleccionar un agente de atención médica:

Elija a alguien que lo conozca bien, alguien en quien usted confíe que respetará sus puntos de vista y valores, y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes. Una vez que haya elegido a su agente de atención médica, tómese un tiempo para analizar sus opiniones y objetivos de tratamiento con esa persona.

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones acerca de mi atención médica, o si mi proveedor de atención médica ha determinado que no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, elijo a las siguientes personas para representar mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica.

Mi agente de atención médica debe tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con 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, según su criterio, sean mejores para mí, teniendo en cuenta lo que conoce sobre mis valores personales.*

Este formulario sirve como un poder notarial para la atención médica según la ley de Washington.
No le da la autoridad a mi agente de atención médica sobre los asuntos financieros.

Mi agente primario (principal) de atención médica es (My primary [main] health care agent is):

Nombre completo (Full name): _____ Relación conmigo (Relationship to me): _____
Teléfono de casa (Home phone): _____ Teléfono celular (Cell phone): _____
Teléfono del trabajo (Work phone): _____ Correo electrónico (Email): _____
Dirección postal (Mailing address): _____

*La autorización anterior para tomar decisiones de atención médica no incluye lo siguiente si falta una orden judicial:

1. Terapia u otro procedimiento administrado con el propósito de inducir convulsiones
2. Cirugía con el propósito de psicocirugía únicamente
3. Reclusión o internación en un centro de tratamiento para personas con enfermedades mentales, salvo en virtud de las disposiciones del Capítulo 71.05 del Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW)
4. Esterilización

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Si cancelo la autoridad de mi agente principal de atención médica o si mi agente principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, nombro a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de agentes suplentes.

Agente suplente de atención médica, primera opción (First alternate health care agent):

Nombre completo (Full name): _____
Relación conmigo (Relationship to me): _____
Teléfono de casa (Home phone): _____ Teléfono celular (Cell phone): _____
Teléfono del trabajo (Work phone): _____ Correo electrónico (Email): _____
Dirección postal (Mailing address): _____

Agente suplente de atención médica, segunda opción (Second alternate health care agent):

Nombre completo (Full name): _____
Relación conmigo (Relationship to me): _____
Teléfono de casa (Home phone): _____ Teléfono celular (Cell phone): _____
Teléfono del trabajo (Work phone): _____ Correo electrónico (Email): _____
Dirección postal (Mailing address): _____

Facultades de mi agente de atención médica (Powers of my health care agent):

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

- A. Tomar decisiones relacionadas con mi atención médica por mí. Esto incluye las decisiones acerca de pruebas, medicamentos y cirugía. También incluye decisiones para proporcionar, no proporcionar o interrumpir toda forma de atención médica para mantenerme con vida, incluidas la alimentación artificial (comida) y la hidratación (agua).
- B. Revisar y entregar mi historia clínica, según sea necesario, para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones me proporcionarán tratamiento médico.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre los cuidados de mi cuerpo después de la muerte (incluida la autopsia).

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Incluya cualquier comentario o restricción 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 más páginas si es necesario. (Please provide any additional comments or restrictions to the previous section. [For example, you may name people you would or would not want to be involved in decisions on your behalf. You may also specify decisions you would not want your agent to make.] Attach additional pages if necessary.)

Otras facultades de mi agente de atención médica (Additional powers of my health care agent):

Marque la casilla a continuación si desea que su agente tenga las siguientes facultades:

Deseo que mi agente continúe actuando como mi agente de atención médica aunque se haya producido la disolución, la anulación o la finalización de nuestro matrimonio o relación de pareja doméstica. (I want my agent to continue as my health care agent even if a dissolution, annulment, or termination of our marriage or domestic partnership has been completed).

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Parte 2. Mis Valores (Part 2. My Values)

Deseo que mi agente y mis seres queridos sepan qué es lo más importante para mí, para que puedan tomar decisiones relacionadas con mi atención médica que estén de acuerdo con quien soy y con lo que es importante 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 (If I were having a really good day, I would be doing the following):

2. Lo más importante para mí es (What matters most to me is):

3. La vida ya no tendría sentido para mí si no pudiera (Life would no longer be worth living if I were not able to):

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Parte 3. Mis Instrucciones de Atención Médica: Mis Elecciones, Mi Atención **(Part 3. My Health Care Instructions: My Choices, My Care)**

En la siguiente situación, le pedimos que considere un evento repentino e inesperado. Si puede, usted siempre hablará por usted mismo, pero en esta situación, usted no puede hablar por usted mismo.

Si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones, solicito que mi agente de atención médica represente 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 suplentes no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos.

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

1. Tratamientos para prolongar la vida

Considere la siguiente situación (Consider the following situation):

Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino.

Los médicos determinaron que usted tiene una lesión cerebral y, en consecuencia, no puede reconocerse ni reconocer a sus seres queridos. Los médicos han informado a su agente o familiares que no hay expectativas de que recupere estas habilidades. Para poder mantenerlo con vida, se requieren tratamientos para prolongar la vida, como el uso de un respirador artificial (es decir, una máquina de respiración) o una sonda de alimentación. En esta situación, ¿qué desearía? (Doctors have determined you have a brain injury, leaving you unable to recognize yourself or your loved ones. The doctors have told your agent and/or family that you are not expected to recover these abilities. Life-sustaining treatments, such as a ventilator [i.e., breathing machine] or a feeding tube are required to keep you alive. In this situation, what would you want?)

Desearía que me mantuvieran cómodo y (I would want to be kept comfortable and):

- elija una opción** {
- Desearía que DETUVIERAN el tratamiento para prolongar la vida. Entiendo que es probable que esto provoque mi muerte mucho más pronto que si continuara con el tratamiento. (I would want to STOP life-sustaining treatment. I realize this would probably lead me to die sooner than if I were to continue treatment.)
 - Desearía que los tratamientos para prolongar la vida continuaran tanto como fuera posible. (I would want life-sustaining treatments to continue as long as possible.)

Proporcione cualquier instrucción adicional sobre los tratamientos para prolongar la vida. Por ejemplo, es posible que quiera establecer un periodo de tiempo específico en el que le gustaría que lo mantuvieran con vida de no experimentar una mejoría en su salud. (Please provide any additional instructions about life-sustaining treatments. For example, you may want to state a specific time period that you would want to be kept alive if there were no improvement to your health.)

2. Reanimación cardiopulmonar (RCP) (Cardiopulmonary resuscitation [CPR])

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un intento para salvarle la vida a una persona cuyo corazón y respiración se han detenido. Puede incluir compresiones cardíacas (ejercer presión sobre el tórax para que el corazón se contraiga), medicamentos, choques eléctricos y la colocación de un tubo de respiración.

La RCP ofrece distintas opciones y puede salvar vidas. No es tan eficaz como la mayoría de las personas creen. 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, la perforación de los pulmones o daño cerebral como consecuencia de la falta de oxígeno.* Si le gustaría obtener información adicional sobre la RCP, solicite el folleto llamado **CPR: My Choice** (RCP: Mi Elección).

En el caso de que deje de latirle el corazón y usted deje de respirar, ¿qué desearía? (In the event that your heart and breathing stop, what would you want?)

**elija
una
opción**

Quiero que siempre intenten hacer maniobras de RCP. (I always want CPR attempted.)

No quiero que intenten hacer maniobras de RCP; prefiero que se me permita morir de manera natural.† (I never want CPR attempted but, rather, want to permit a natural death.†)

Quiero que intenten hacer maniobras de RCP, a menos que el médico que me trata determine algo de lo siguiente (I want CPR attempted unless the doctor treating me determines any of the following):

- Tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo; O (I have an incurable illness or injury and am dying, OR)
- No tengo posibilidades razonables de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene; O (I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops, OR)
- Tengo pocas posibilidades de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene y el proceso de reanimación podría causar un sufrimiento significativo. (I have little chance of survival if my heart or breathing stops and the process of resuscitation would cause significant suffering.)

* Las investigaciones indican que si está en el hospital y le hacen RCP, usted tiene un 26 % de probabilidades de que las maniobras funcionen y salga del hospital con vida.

1. Girotra, S., Nallamothu, B. K., Spertus, J. A., Li, Y., Krumholz, H. M. y Chan, P. S. (2012). Trends in survival after in-hospital cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 367:1912-20. doi:10.1056/NEJMoa1109148

2. Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Subcomité de Estadísticas sobre los Ataques Cerebrales. (2018). Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492. doi:10.1161/CIR.0000000000000558 [Información sobre los Paros Cardíacos en las páginas e355-372]

† Si usted está seguro de que no quiere que le hagan RCP, analice otros documentos que es posible que desee llenar con su médico.

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Parte 4. Mis Esperanzas y Deseos (Opcional) **(Part 4. My Hopes and Wishes [Optional])**

1. Mis pensamientos y sentimientos acerca de dónde preferiría morir (My thoughts and feelings about where I would prefer to die):

2. Quiero que mis seres queridos sepan que, si estoy próximo a morir, me gustaría tener lo siguiente para mi comodidad y apoyo (oraciones, rituales, música, etc.) (I want my loved ones to know that if I am nearing my death, I would appreciate the following for comfort and support [prayers, rituals, music, etc.]):

3. Afiliación religiosa o espiritual (Religious or spiritual affiliation):

Profeso la fe (I am of the) _____ (faith), y soy miembro de (and am a member of) (religión o comunidad espiritual [faith/spiritual community]) _____

en (in) (ciudad [city]) _____, (n.º de teléfono [phone #]) _____.

Me gustaría que mi agente les dijera si estoy gravemente enfermo o estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.) (I would like my agent to notify them if I am seriously ill or dying. I would like to include in my funeral, if possible, the following [people, music, rituals, etc.]):

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

4. Otros deseos e instrucciones (Other wishes/instructions):

Embarazo (Pregnancy)

No es posible hacer que se cumpla una solicitud de retirar el tratamiento para prolongar la vida si su médico sabe que usted está embarazada.

Si estoy embarazada y no puedo tomar decisiones de atención médica por mí misma, deseo que mi agente de atención médica y mis proveedores de atención médica tengan en cuenta lo siguiente a medida que tomen decisiones médicas en mi nombre (If I am pregnant and cannot make medical decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make medical decisions on my behalf):

Donación de órganos (Organ donation)

Si está interesado en donar sus órganos cuando muera, puede declarar su estado de donante al obtener o renovar la licencia de conducir o registrándose en el registro de donantes que se encuentra en www.lcnw.org (en inglés). (If you are interested in donating organs when you die, you can declare your donor status when getting or renewing a driver's license or by registering through the donor registry found at www.lcnw.org.)

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Parte 5. Validación Legal de Este Documento **(Part 5. Making This Document Legally Valid)**

Para que sus instrucciones por anticipado tengan validez legal en Washington, estas deben reconocerse ante un Notario Público o dos testigos deben estar presentes cuando usted las firme.

Elija UNA OPCIÓN:

Dos Testigos (Two Witnesses)

- Sus testigos no pueden estar relacionados con usted (por sangre, matrimonio o sociedad doméstica registrada en el estado).
- Sus proveedores de atención médica no pueden ser sus testigos.
- Firme en presencia de sus testigos.
- Los testigos firmarán en la página 11.
- Usted firmará en la página 12.

O

Notario Público (Notary Public)

- No firme este documento a menos que esté ante un Notario Público.
- El Notario Público firmará en la página 12. (Omita la página 11).
- Usted firmará en la página 12.

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Declaración de los Testigos (Statement of Witnesses)

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de Washington lo siguiente:

- Que conozco personalmente a quien firmó o reconoció estas instrucciones por anticipado, o que se presentaron pruebas convincentes de la identidad de esa persona;
- Que la persona firmó o reconoció estas instrucciones por anticipado ante mí;
- Que la persona parece tener pleno uso de sus facultades y no actuó con la intervención de la fuerza, un fraude o una influencia indebida;
- Que no estoy relacionado con la persona por sangre, matrimonio ni sociedad doméstica registrada en el estado; y
- Que no soy el proveedor de atención médica de la persona, ni un empleado del proveedor de atención médica de la persona.

Primer Testigo (Witness Number One):

Nombre completo en letra de imprenta (Print full name): _____
Dirección (Address): _____
Firma (Signature): _____ Fecha (Date): _____

Segundo Testigo (Witness Number Two):

Nombre completo en letra de imprenta (Print full name): _____
Dirección (Address): _____
Firma (Signature): _____ Fecha (Date): _____

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

MI FIRMA (MY SIGNATURE)

Mi nombre en letra de imprenta (My name printed): _____

Mi Firma (My Signature): _____ **Fecha (Date):** _____

Estado de Washington)
) ss.
Condado de _____)

Certifico que conozco o que me proporcionaron pruebas satisfactorias de que _____
firmó este documento y reconoce que llevó este acto de forma libre y voluntaria para los usos y propósitos
mencionados en dicho documento. (signed this instrument and acknowledge it to be his or her free and voluntary
act for the uses and purposes mentioned in the instrument.)

EXTIENDO EL PRESENTE, al que estampo mi firma y sello este (GIVEN under my hand and official seal this)

_____ día de (day of) _____, _____.

(nombre del notario en letra de imprenta [print notary's name])

Notario Público que actúa en el Estado de Washington, con residencia
en (Notary Public in and for the State of Washington, residing at)

Mi cargo expira el (My commission expires): _____.

Parte 6. Sigüientes Pasos (Part 6. Next Steps)

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

Converse (Discuss):

- Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le pidió que sea su agente (si todavía no lo ha hecho). Asegúrese de que pueda llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que pudieran estar involucrados 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 (Give copies):

- Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado a su agente de atención médica.
- Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado a su médico o al Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente local.
- Saque una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

Lleve con usted (Take with you):

- Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos, lleve una copia de sus instrucciones por anticipado y pida que la incluyan en su historia clínica.
- Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo prolongado.

Revise con regularidad (Review regularly):

- Revise sus deseos sobre la atención médica cuando se presente alguna de las “Cinco D”:

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

Defunción (Death): cuando sufra la muerte de un ser querido.

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

Diagnóstico (Diagnosis): cuando le diagnostiquen una condición médica grave.

Deterioro (Decline): cuando experimente el deterioro o empeoramiento de una condición médica existente, en especial cuando no pueda vivir solo.

Cómo cambiar sus instrucciones por anticipado:

Si sus deseos cambian, llene un nuevo documento de instrucciones por anticipado, avise a su agente y a sus familiares, y entregue una copia a Kaiser Permanente.

Nombre completo (Full name): _____
Número de historia clínica
(Medical record number): _____

Se han entregado copias de este documento a:

- Agente primario (principal) de atención médica (Primary [main] health care agent)

Nombre completo (Full name): _____

Teléfono (Telephone): _____

- Agente de atención médica suplente n.º 1 (Alternate health care agent #1)

Nombre completo (Full name): _____

Teléfono (Telephone): _____

- Agente de atención médica suplente n.º 2 (Alternate health care agent #2)

Nombre completo (Full name): _____

Teléfono (Telephone): _____

- Proveedor de atención médica/clínica (Health care provider/clinic)

Nombre (Name): _____

Teléfono (Telephone): _____

- Otros (Others):

Nombre (Name): _____

Teléfono (Telephone): _____

PLANIFICACIÓN

para el cuidado de la vida

mis valores, mis elecciones, mi atención

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan

