

# Directivas de Atención Médica por Adelantado: Testamento Vital & Carta Poder para Atención Médica

## En Pensilvania los adultos tienen el derecho a decidir si quieren aceptar, rechazar, o terminar tratamiento médico.

Una directiva de atención médica por adelantado, y/o una directiva de atención médica mental por adelantado le permite(n) nombrar a personas para que tomen decisiones sobre la atención médica por usted y le permite(n) a Ud. comunicar sus deseos en cuanto al tratamiento médico para sean realizados, si Ud. mismo/a se vuelve incapaz de tomar decisiones de atención médica o de comunicar sus deseos. Una directiva por adelantado puede ser una carta poder para la atención médica, un testamento vital o una combinación por escrito de ambos.

## ¿Por qué preparar una directiva adelantado?

Una directiva por adelantado es un instrumento valioso que:

- le permite nombrar a personas que Ud. quiere que tomen decisiones de atención médica por Ud.;
- le ayuda a proteger su derecho a escoger opciones médicas que puedan afectar su vida;
- permite a su familia conocer y entender sus deseos;
- da directrices para su cuidado a su médico;
- le permite dar instrucciones especiales a sus proveedores de atención médica sobre tópicos tales como el alivio del dolor;
- le permite indicar su deseo de renunciar ciertos tratamientos que prolongan la vida (máquinas para respirar, tubos alimenticios, diálisis), cuando hay poca o ninguna posibilidad de recuperarse.

## Preguntas frecuentes

### ¿Se utilizará mi directiva por adelantado si puedo tomar mis propias decisiones de atención médica?

No. Tanto tiempo que pueda, usted tomará sus propias decisiones de atención médica.

### ¿Qué es un testamento vital?

Un testamento vital es un documento escrito que expresa sus deseos e instrucciones para atención médica si está en una situación de fase terminal de la vida y no puede tomar ni comunicar sus propias decisiones de atención médica.

### ¿Cuándo entrará en vigor mi testamento vital?

Un testamento vital entra en vigor solamente cuando:

- su médico tiene una copia de él, y
- su médico ha concluido que Ud. mismo/a es incapaz de tomar ni comunicar sus propias decisiones médicas o que es incapaz de entender los beneficios, riesgos y alternativas de los tratamientos sugeridos, y
- su médico ha determinado que Ud. está en una condición de fase terminal, o en un estado de inconsciencia permanente.

### ¿Entra en vigor mi testamento vital si estoy embarazada [encinta]?

Por lo general, la ley de Pensilvania no permite a un/a médico u otro proveedor de atención médica cumplir con un testamento vital de una mujer embarazada si ha decidido no prolongar su vida.

Es posible cumplir con los términos de un testamento vital si el médico/la médica de la mujer determina que el tratamiento que sostiene la vida:

- no mantendrá a la mujer de tal manera que permita el desarrollo continuo y el nacimiento de la criatura no nacida;
- dañará físicamente a la embarazada; o
- le causará un dolor que los medicamentos no podrán aliviar.

### ¿Qué es una carta poder para atención médica?

Este documento legal le permite nombrar a una persona o personas para que tome(n) decisiones por usted si se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones. La persona a quien nombra en una carta poder para atención médica se conoce a veces como su "agente"

o su "apoderado" ["proxy"]. Por lo general, una carta poder para atención médica da al agente el poder de recibir información médica sobre su cuidado, autorizar el ingreso de Ud. a un centro de atención médica y el alta de él, y de autorizar procedimientos médicos y quirúrgicos.

### ¿Cuándo entrará en vigor mi carta poder para atención médica?

Una carta poder para atención médica entra en vigor cuando:

- su médico tiene una copia de ella, y
- su médico determina Ud. mismo/a es incapaz de tomar o comunicar sus propias decisiones médicas y de entender sus opciones de tratamiento

¿Cómo se tomarán mis decisiones de atención médica, si no tengo una directiva por adelantado o si la persona a quien he nombrado como mi agente no está disponible o no tiene ganas de actuar?

Si Ud. no tiene una directiva por adelantado, o si la persona a quien ha nombrado como agente no está disponible o no tiene ganas de actuar, todavía puede nombrar a un adulto para servir de su representante de atención médica firmando una escritura o sencillamente avisando a su médico u otros proveedores de atención médica involucrados en su caso.

Si Ud. se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo/a, el hospital recurrirá a esta persona a fin de que tome las decisiones de atención médica por Ud.

Si no tiene una directiva por adelantado escrita, y Ud. no nombra a un/a representante para atención médica, la ley estipula la siguiente orden de prioridades que indica a quien puede tomar decisiones en nombre de Ud., si se vuelve incapaz de tomarlas por sí mismo/a:

1. Su cónyuge (a menos que esté pendiente un divorcio) y sus hijos adultos de un/a cónyuge anterior
2. Sus hijos adultos
3. Sus padres
4. Sus hermanos adultos.
5. Sus nietos adultos
6. Cualquier amigo adulto/amiga adulta que tenga conocimiento de las preferencias y los valores de Ud. (incluso sus creencias religiosas y morales).

Si la persona de máxima prioridad no está disponible ni dispuesta a actuar, el hospital recurrirá a la próxima categoría de personas en la lista. Si hay más de una persona en un grupo que reúne los requisitos, una mayoría de los miembros del grupo tiene que llegar a un acuerdo sobre la decisión. Si los miembros de un grupo que reúnen los requisitos están divididos en partes iguales, es obligatorio resolver la disputa antes de tomarse una decisión.

Si Ud. está en pleno uso de sus facultades mentales, puede cambiar la orden de prioridades en una escritura firmada tal como una carta poder para atención médica. También Ud. puede inhabilitar a cualquier persona para servir de su representante para la atención médica sólo con avisar a su proveedor/a de atención médica o con una escritura firmada.

Tanto el Chambersburg Hospital como el Waynesboro Hospital tienen un comité de ética para ayudar a los pacientes y sus familias. Si Ud. necesita hablar de un asunto de ética con respecto a su cuidado, avise a su proveedor/a de atención médica o llame al Chambersburg Hospital (717) 267-7156, o al Waynesboro Hospital (717) 765-4000, extensión 5323.

Le avisamos, sin embargo, que si su médico o un miembro del personal cree que los deseos de Ud. están en conflicto con los propios valores o el juicio profesional de ellos, es posible que busquen a otro/a proveedor/a de atención médica que es capaz y dispuesto/a a cumplir con sus deseos.

### ¿Qué es una directiva de atención médica mental por adelantado?

La ley de Pensilvania le permite crear una declaración de salud mental y/o una carta poder para atención médica mental. Una declaración de salud mental

es un documento escrito que expresa sus deseos e instrucciones en cuanto a su atención médica mental, tales como su opción de centro de tratamiento, sus preferencias en cuanto a los medicamentos para el tratamiento psiquiatra, y el tipo de intervenciones que prefiriera en una crisis. Una carta poder para la atención médica mental le permite nombrar a personas que pueden tomar decisiones de atención médica mental por usted.

Si usted padece una enfermedad mental o si desea dar el derecho a su agente a autorizar tratamientos de salud mental, puede indicarlo en una declaración de salud mental y/o una carta poder para atención médica mental. Tanto una declaración de salud mental y un poder carta para atención médica mental terminan dos años después de ser firmados.

### ¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede cambiar o revocar (no seguir con) su directiva por adelantado en cualquier momento. Sencillamente avise a su médico o proveedor/a de atención médica que está revocando su directiva por adelantado o firme un documento escrito que declara que está revocando su directiva por adelantado.

Si Ud. quiere cambiar su directiva por adelantado, debe firmar un nuevo documento y destruir todas las copias de su antiguo documento. De una copia de la nueva directiva por adelantado a su médico y a cualquier otra persona que tuviera una copia de su antiguo documento.

### ¿Y qué pasa con la donación de órganos o tejidos?

Usted puede donar órganos específicos o todo su cuerpo por medio de su testimonio vital.

### ¿Qué es una carta poder general?

Este documento legal nombra a una persona o dos que tiene(n) la autorización para encargarse de sus asuntos. Por lo general, una carta poder general se refiere a asuntos financieros, pero es posible que incluya unos poderes decisorios médicos, tales como la habilidad de autorizar el ingreso de Ud. a un centro médico o el poder de autorizar ciertos tratamientos médicos en nombre de Ud.

Consultar con un/a abogado/a puede ayudar a asegurar que este documento sea lo suficientemente específico para cumplir con sus necesidades.

## Pasos para completar una directiva por adelantado

1. Puede usar cualquier formulario, siempre que lo firmen y fechen usted y dos testigos. Se adjunta un formulario de muestra que combina un testamento vital y una carta poder para atención médica.
2. Si usted no puede firmar, puede hacer que otra persona firme en nombre de usted. Esta persona no debe ser uno de sus testigos y tampoco debe ser la persona que Ud. nombró como su agente (si es que ha nombrado a alguien).
3. Dele a su médico una copia de su directiva por adelantado para el expediente médico de usted.
4. Hable de su directiva por adelantado con sus seres queridos, especialmente con la persona a quien ha nombrado como su agente (si es que ha nombrado a alguien). Asegúrese de darles copias también.
5. De copias de su directiva por adelantado a alguien a quien probablemente le vayan a contactar en caso de emergencia.
6. Revise con regularidad su directiva por adelantado y haga cualquier cambio que usted cree necesario. Asegúrese de proporcionar una copia actualizada a su médico, a su familia y a su agente (si es que ha nombrado a alguien).
7. Si vive fuera de Pensilvania, asegúrese de que su directiva por adelantado sea conforme a la ley de Pensilvania.

Si tiene preguntas adicionales sobre cómo preparar una directiva por adelantado, pida más información a su médico/a, abogado/a o cuidador/a.

# DIRECTIVA POR ADELANTADO

## PODER NOTARIO DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, del Condado de \_\_\_\_\_ del Estado de Pensilvania, nombro a la persona nombrada a continuación a ser mi agente (proxy) para la atención médica para hacer decisiones sobre la atención médica y la atención personal en mi nombre cuando me falta la capacidad de comprender, hacer o comunicar una decisión, según la verificación de mi médico/a encargado/a.

Mi agente para la atención médica tiene todos los siguientes poderes con sujeción a las instrucciones para el tratamiento de atención médica que están en mi testimonio vital (tache cualquier poder que usted no quiere dar a su agente para la atención médica.):

1. Recibir información médica relevante a mi atención médica.
2. Autorizar, negar, o retirar atención médica y procedimientos quirúrgicos.
3. Autorizar, negar, o retirar nutrición (alimentos), o hidratación, suministrados médicamente por un tubo por mi nariz, mi estómago, mis intestinos, arterias o venas.
4. Autorizar mi admisión o alta de un centro médico, de enfermería, residencial o centro semejante y para realizar acuerdos para mi atención y seguro médico para mi atención, incluyendo hospicio y atención paliativa.
5. Emplear y despedir a personal médico, de servicios sociales, y a otro personal de apoyo responsables de mi atención.
6. Realizar cualquier acción legal necesaria para hacer lo que he dirigido.
7. Pedir que un médico/una médica responsable de mi atención médica emita una orden de No Resucitar (DNR por sus siglas en inglés), incluyendo una orden de DNR fuera del hospital, y firme cualquier documento y consentimientos requeridos.

Nombre del/de la agente para atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la agente alternativo/a para la atención médica: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

Yo, \_\_\_\_\_, estando en pleno uso de mis facultades mentales, a propósito y por voluntad propia hago esta declaración en cuanto a mi tratamiento de atención médica bajo ciertas circunstancias. Las siguientes instrucciones de tratamiento de atención médica ejercen mi derecho a tomar mis propias decisiones de atención médica. Estas instrucciones tienen la intención de proveer pruebas claras y convincentes de mis deseos a seguir cuando mi médico a cargo determina que me falta la capacidad de comprender, tomar o comunicar mis decisiones de atención médica.

Si tengo una condición en fase terminal, que resultará en la muerte, a pesar de la introducción o continuación de tratamiento médico o si estoy en un estado de inconsciencia permanente tal como una coma irreversible o un estado vegetativo irreversible, y no hay esperanza realista de recuperación significativa, ordeno que me den tratamiento de atención médica para aliviar el dolor y proveer comodidad aun si tal tratamiento me abrevie la vida, suprima el apetito o mi respiración o crea dependencia. Ordeno que se retiren o no inicien todos los procedimientos que prolongan la vida, y tengo convicciones muy fuertes sobre los siguientes como procedimientos que prolongan la vida:

- |    |                                 |                                    |  |
|----|---------------------------------|------------------------------------|--|
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | resucitación cardíaca pulmonar (CPR por sus siglas en inglés)  |
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | respiración mecánica (máquina para respirar o un ventilador)   |
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | diálisis (máquina para los riñones)  |
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | cirugía  |
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | quimioterapia  |
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | tratamientos con radiación   |
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | antibióticos   |
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | la alimentación por tubo, donde se suministra la nutrición (los alimentos) o hidratación (agua) médicamente por tubo en mi nariz, estómago, intestinos, arterias, o venas. |

Mis instrucciones en cuanto a las donaciones anatómicas siguen a continuación:

- |    |                                 |                                    |   |
|----|---------------------------------|------------------------------------|---|
| Yo | <input type="checkbox"/> quiero | <input type="checkbox"/> no quiero | donar mi órganos o tejidos en el momento de mi muerte para fines de transporte, estudios o educación médicos, con sujeción a las siguientes limitaciones, si las hay: |
|----|---------------------------------|------------------------------------|---|

## FIRMA

He firmado esta Directiva de Atención Médica por Adelantado en esta fecha: \_\_\_\_\_

(Firme su nombre completo aquí)

Firma testigo: \_\_\_\_\_

Firma testigo: \_\_\_\_\_

(La ley de Pensilvania requiere que haya dos testigos de un mínimo de 18 años de edad y que deban atestiguar su firma en la presencia del otro. Una persona que firma este documento en nombre de usted y bajo su dirección no puede ser testigo. Se prefiere que los testigos no sean herederos de usted, ni acreedores de usted, ni empleados de cualquier proveedor de atención médica de usted.)