

Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud en Rhode Island

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA CUIDADOS DE SALUD

“LA VIRTUD DE ESTAR PREPARADO”



INTRODUCCIÓN

SUS DERECHOS

Los adultos tienen el derecho fundamental de controlar las decisiones relacionadas con el cuidado de su propia salud. Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones médicas y de cuidado de salud mientras esté en condiciones de dar su pleno consentimiento. No puede aplicársele ningún tratamiento si usted no está de acuerdo. Si tiene una enfermedad terminal, usted decide la administración o interrupción de un tratamiento determinado para mantenerlo con vida.

¿Qué es un poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud?

Este *Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud* (Durable Power of Attorney for Health Care, DPAHC) le permite designar a una persona para que tome decisiones sobre cuidados de salud en su nombre cuando usted no pueda participar activamente en tomar decisiones. A la persona designada se le llama apoderado. El apoderado debe actuar según los deseos de usted, tal como los describe este documento o tal como se los conozca de alguna otra manera. El apoderado debe actuar teniendo el mejor interés del titular en mente. Su apoderado actúa en lugar de usted y puede tomar cualquier decisión sobre cuidados de salud que usted tenga derecho.

Lea con cuidado este *Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud*. Cumpla con las indicaciones de la sección sobre testigos, tal como se le pide. Para que su voluntad se cumpla, este *Poder legal* debe ser válido.

RECUERDE QUE

- usted debe haber cumplido por lo menos 18 años de edad.
- debe ser residente del Estado de Rhode Island.
- debe seguir las instrucciones de este *Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud*.
- debe firmar el documento de manera voluntaria.
- este *Poder legal* debe ser firmado frente a testigos.
- no es obligatorio utilizar ningún formulario específico, pero si utiliza éste, será aceptado como *Poder legal* por los proveedores de cuidados de salud.
- entregue copias del documento a su apoderado, su apoderado alterno, sus médicos, al hospital y a sus familiares.
- no guarde su *Poder legal* en una caja fuerte.
- aunque usted no está obligado a actualizar su *Poder legal a tiempo indefinido para cuidados de salud*, le conviene revisarlo periódicamente.

Las medidas más comunes para el sostenimiento artificial de vida están detalladas en el interior de la contratapa

**PODER LEGAL POR TIEMPO INDEFINIDO PARA CUIDADOS DE SALUD
(INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA CUIDADOS DE SALUD DE RHODE
ISLAND)**

Yo, _____,

(Escriba su nombre completo y dirección postal)

tengo dieciocho (18) años o más de edad, soy residente del estado de Rhode Island y entiendo que este documento me permite designar a una persona (llamada apoderado para cuidados de salud, o simplemente apoderado) para que tome decisiones en mi nombre, si no puedo tomarlas y/o no puedo manifestar mis deseos sobre tratamientos médicos a las personas que me están atendiendo en el centro de salud.

**PARTE I: NOMBRAMIENTO DE UN APODERADO PARA CUIDADOS DE SALUD
PARA QUE TOMÉ DECISIONES SOBRE CUIDADOS DE SALUD EN MI NOMBRE,
SI YO NO PUEDO TOMARLAS**

Nota: NO puede designar como apoderado a las siguientes personas:

- (1) su proveedor de cuidados de salud, como por ejemplo, su médico, enfermera, hospital u hogar para ancianos discapacitados;*
- (2) un empleado de su proveedor de cuidados de salud, que no sea pariente suyo;*
- (3) el encargado de un centro de salud comunitario; o*
- (4) un empleado del encargado de un centro de salud comunitario, que no sea pariente suyo.*

Cuando no pueda tomar decisiones por mi mismo, nombro y otorgo autorización a _____ para que tome decisiones sobre cuidados de salud en mi nombre. Esta persona será mi apoderado.

Número de teléfono de mi apoderado: _____

Dirección postal de mi apoderado: _____

Converse con su apoderado sobre estas instrucciones y entréguele una copia.

**(OPCIONAL)
NOMBRAMIENTO DE APODERADOS ALTERNOS**

Usted no está obligado a nombrar apoderados alternos para cuidados de salud. Un apoderado alternativo está facultado para tomar las mismas decisiones sobre cuidados de salud que el apoderado designado líneas arriba, en caso que este último no sea capaz, o no esté calificado, para tomar decisiones por usted. Por ejemplo, si nombra a su cónyuge como apoderado y luego se divorcia, entonces su cónyuge queda descalificado para actuar como su apoderado.

Cuando yo no sea capaz de tomar mis propias decisiones y, mi apoderado no esté disponible, o no sea capaz, o haya perdido la capacidad mental para tomar decisiones en mi nombre, o quede descalificado para actuar como mi apoderado, o no desee tomar decisiones sobre cuidados de salud en mi nombre, o yo haya revocado su nombramiento, entonces nombro y otorgo autorización a las siguientes personas como apoderados míos para que tomen decisiones sobre el cuidado de mi salud, tal y como se autoriza en el

presente documento y en el orden en que aparecen:

Mi primer apoderado alterno: _____

Teléfono de mi primer apoderado alterno: _____

Dirección postal de mi primer apoderado alterno: _____

Mi segundo apoderado alterno: _____

Teléfono de mi segundo apoderado alterno: _____

Dirección postal de mi segundo apoderado alterno: _____

Automáticamente, mi apoderado tiene las mismas facultades que yo para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, si es que yo no pudiera tomarlas. Algunas facultades típicas de un apoderado para cuidados de salud están detalladas más abajo, en los acápites desde (A) hasta (H). Mi apoderado debe dar a conocer mis deseos sobre tratamientos médicos contenidos en este documento, o cualquiera otras instrucciones que yo haya comunicado a mi apoderado. Si no he preparado instrucciones para el cuidado de mi salud, entonces mi apoderado actuará según mi mejor conveniencia. Un tribunal puede revocar las facultades del apoderado, en caso que:

- (1) autorice algo ilegal;*
- (2) actúe de manera contraria a sus deseos conocidos; o*
- (3) tome cualquier acción evidentemente contraria a su mejor conveniencia, cuando sus deseos no se conocen.*

Desde el momento en que yo ya no pueda tomar decisiones sobre mis tratamientos médicos, mi apoderado tendrá facultad para:

- (A) tomar cualquier decisión sobre cuidados de salud en mi nombre, que incluye las facultades para aceptar, rehusar, o interrumpir, cualquier tipo de cuidado, tratamiento, servicio, prueba, o procedimiento. También incluye la decisión de interrumpir, o dejar de administrar, el cuidado de salud que me mantiene, o podría mantenerme, con vida y la decisión respecto a tratamientos de salud mental.
- (B) interceder por mí con respecto al tratamiento del dolor.
- (C) escoger a mis proveedores de cuidados de salud, lo que incluye hospitales, médicos y establecimientos para cuidado terminal.
- (D) determinar dónde voy a vivir y recibir cuidados de salud, lo que puede incluir centros residenciales de cuidado, hogares para el cuidado de ancianos discapacitados, establecimientos para cuidado terminal u hospitales.
- (E) cuando sea necesario, revisar mi historia clínica y revelar la información sobre el cuidado de mi salud.
- (F) firmar desestimientos u otros documentos relativos a mi tratamiento médico.
- (G) Firmar documentos con cláusulas de renuncia a reclamos por responsabilidad civil a hospitales, o médicos.
- (H) tomar decisiones sobre mi participación en estudios de investigación.

Si NO DESEO que mi apoderado tenga alguna de las facultades mencionadas de (A) a (H), O si DESEO restringir alguna de las facultades mencionadas de (A) a (H), debo ponerlo por escrito a continuación:

PARTE II: INSTRUCCIONES PARA CUIDADOS DE SALUD

LO QUE DESEO Y NO DESEO PARA EL CUIDADO DE MI SALUD

Se puede utilizar muchos tratamientos médicos para tratar de mejorar mi estado de salud en determinadas circunstancias, o para prolongar mi vida, en otras. Se puede iniciar y luego interrumpir, muchos tratamientos médicos si no dan resultado. Ejemplo de lo anterior son respiración artificial, alimentación artificial, administración de líquidos a través de tubos, intentos para que el corazón vuelva a latir, cirugías, diálisis, antibióticos y transfusiones de sangre. En el interior de la contratapa hay más información sobre sostenimiento artificial de la vida.

OPCIONAL, PARA FINES DE DISCUSIÓN

Si conversa sobre estas preguntas con su apoderado, le ayudará a él/ella a tomar decisiones sobre cuidados de salud en su nombre que reflejen sus valores, cuando usted no pueda tomarlas.

Éstos son mis puntos de vista, que ayudarán a mi apoderado a tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud:

1. ¿Piensa usted que se le debiera mantener con vida tanto como sea posible? ¿Por qué si, o por qué no?

2. ¿Desea usted que se le controle el dolor aun si eso significa pérdida de agilidad mental o si se le acorta el tiempo de supervivencia?

3. ¿Si usted tiene una condición, un mal, o enfermedad letal, usted quisiera que se le provea su cuidado de salud en su hogar o en un centro de asistencia médica, por ejemplo un asilo para ancianos o un hospital?

4. ¿Sus creencias religiosas tienen que ver con lo que usted piensa sobre la muerte? ¿Prefiere usted ser enterrado, o cremado?

5. ¿Es importante tener en cuenta el costo, o aspecto financiero, cuando se va a tomar una decisión sobre cuidados de salud?

6. ¿Ha conversado usted sobre estos asuntos con su apoderado, apoderado alterno, familiares y amigos?

A continuación, indico mis deseos sobre cuidados de salud a fin de orientar a mi apoderado y a mis proveedores de cuidados de salud.

1. Si voy a morir y el sostenimiento artificial de vida solo prolonga mi agonía:

ESCRIBA SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNA DE LAS RESPUESTAS:

- Deseo alimentarme a través de un tubo.
 NO DESEO alimentarme a través de un tubo.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNA DE LAS RESPUESTAS:

- Deseo que se me mantenga con vida artificialmente.
 NO DESEO que se me mantenga con vida artificialmente.

2. Si estoy inconsciente y es poco probable que recobre la conciencia:

ESCRIBA SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNA DE LAS RESPUESTAS:

- Deseo alimentarme a través de un tubo.
 NO DESEO alimentarme a través de un tubo.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNA DE LAS RESPUESTAS:

- Deseo que se me mantenga con vida artificialmente.
 NO DESEO que se me mantenga con vida artificialmente.

3. Si tengo una enfermedad fatal que se encuentra en estado avanzado y soy incapaz de comunicarme por ningún medio de manera permanente y no puedo ingerir alimentos o agua de manera segura y no puedo atender mis necesidades y no reconozco a mis familiares y a otras personas y es poco probable que mi estado de salud mejore:

ESCRIBA SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNA DE LAS RESPUESTAS:

- Deseo alimentarme a través de un tubo.
 NO DESEO alimentarme a través de un tubo.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNA DE LAS RESPUESTAS:

- Deseo que se me mantenga con vida artificialmente.
 NO DESEO que se me mantenga con vida artificialmente.

Declaraciones adicionales de deseos, cláusulas especiales y restricciones respecto a decisiones sobre cuidados de salud (*espacio adicional disponible en la página 8*):

DONACIÓN DE ORGANOS

En caso que yo muera, deseo que mi apoderado comunique a mi familia, o pariente más cercano, mi voluntad de donar mis órganos y tejidos para **transplantes**. (*En caso afirmativo, escriba sus iniciales*)

_____ En caso que yo muera, deseo que mi apoderado le comunique a mi familia, o pariente más cercano, mi voluntad de donar mis órganos y tejidos para fines de **investigación**. (*En caso afirmativo, escriba sus iniciales*)

REQUERIMIENTOS RELIGIOSOS Y ESPIRITUALES

¿Si usted se enferma, desea que se le informe a su rabino, sacerdote, clérigo, ministro, imán, monje, u otro consejero espiritual,?

ESCRIBA SUS INICIALES SOLAMENTE EN UNA DE LAS RESPUESTAS:

_____ Sí _____ No

Nombre del rabino, sacerdote, clérigo, ministro, imán, monje, u otro consejero espiritual:

Dirección postal: _____

Teléfono: _____

PARTE III: PARA DARLE VALOR LEGAL A ESTE DOCUMENTO

Anulo cualquier nombramiento anterior, o instrucciones anticipadas previas, o *Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud* anterior.

VIGENCIA

Si usted no especifica un plazo determinado en el espacio disponible a continuación, este poder legal estará vigente hasta que sea revocado.

No deseo que este poder legal por tiempo indefinido esté vigente hasta su revocatoria. Deseo que este poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud venza el _____

(Escriba en este espacio SOLAMENTE si desea que las facultades de su apoderado vengzan en una fecha específica)

REVOCATORIA/CANCELACIÓN

Puedo revocar/cancelar este *Poder legal* en cualquier momento y por cualquier razón, ya sea por escrito, o verbalmente. Si sustituyo a mi apoderado, o apoderados alternos, o realizo cualquier otro cambio, debo preparar un nuevo *Poder legal* que incluya esas modificaciones.

Fecha y firma del titular

Tengo la mente lúcida, estoy de acuerdo con lo escrito en este documento y lo he preparado de manera voluntaria.

Firma

Fecha:

FECHA Y FIRMA DE DOS TESTIGOS CALIFICADOS, O UN NOTARIO PÚBLICO

Dos testigos calificados, o un notario público, deben firmar el *Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud*, en el mismo momento en que el titular firma. Los testigos deben ser adultos y NO puede ser ninguno de los siguientes:

- (1) la persona que usted nombró como su apoderado, o apoderado alterno,**
- (2) proveedor de cuidados de salud,**
- (3) empleado de un proveedor de cuidados de salud,**
- (4) encargado de un centro de salud comunitario, o**
- (5) empleado del encargado de un centro de salud comunitario.**

Declaro, bajo pena de perjurio, que reconozco personalmente como titular a la persona que ha firmado o aceptado este documento, que la persona titular ha firmado o aceptado este *Poder legal a tiempo indefinido para cuidados de salud* en mi presencia, que la persona titular parece encontrarse lúcida y que no está siendo coaccionada, engañada, o influída indebidamente, que no soy la persona nombrada como apoderado en este documento y que no soy un proveedor de cuidados de salud, ni empleado de un proveedor de cuidados, ni encargado de un centro de cuidados de la comunidad, ni empleado de un encargado de un centro de cuidados de la comunidad.

PRIMERA OPCIÓN:

Firma: _____
Nombre: _____
Dirección donde reside: _____
Fecha: _____

Firma: _____
Nombre: _____
Dirección donde reside: _____
Fecha: _____

-----**O, EN CAMBIO**-----

SEGUNDA OPCIÓN:

Firma del Notario público: _____
Nombre: _____
Su nombramiento vence: _____
Dirección de trabajo: _____
Fecha: _____

DECLARACIÓN DE DOS TESTIGOS CALIFICADOS, O DE UN NOTARIO PÚBLICO

Por lo menos, uno de los testigos calificados, o un Notario público, debe firmar esta declaración adicional:

Declaro, bajo pena de perjurio, que no tengo ninguna relación de parentesco por sangre,

matrimonio, o adopción con la persona titular y que hasta donde alcanza mi conocimiento, no tengo derecho a parte alguna de su herencia luego de su muerte por el hecho de haber sido, o no, incluido en su testamento vigente, o por mandato de la ley.

Firma: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre: _____

PARTE IV: DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

Usted no está obligado a entregar copia de su Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud a ninguna persona, pero si el documento no es ubicado en el momento oportuno, no será de ninguna utilidad para usted. Por ejemplo, puede ser que usted no sea capaz de participar en la toma de decisiones y su Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud se encuentre guardado en una caja fuerte. Su apoderado, su médico, u otros proveedores de cuidados de salud, no tendrán acceso al documento y no podrán respetar sus deseos sobre tratamientos médicos. Es conveniente que entregue una copia de su Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud a algunas de las personas, o a todas las personas, mencionadas a continuación, a fin de que el documento se encuentre disponible cuando sea necesario.

(Nombre)

(Dirección postal)

(Teléfono)

Apoderado para cuidados de salud

Primer apoderado alterno para cuidados de salud

Segundo apoderado alterno para cuidados de salud

Médico

Familiares

Abogado

Otros

MEDIDAS MÁS COMUNES PARA EL SOSTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA

Resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)

La CPR consiste de una serie de tratamientos que se administran cuando el corazón de una persona deja de latir, o la persona deja de respirar. La CPR se utiliza para tratar de recuperar el funcionamiento del corazón y la respiración. Puede consistir solamente en dar respiración boca a boca, o ejercer presión en el pecho para imitar el funcionamiento del corazón y permitir la circulación de la sangre. Con frecuencia, también se utiliza choque eléctrico y drogas para estimular el corazón.

La CPR salva vidas cuando se utiliza de inmediato en respuesta a un suceso repentino, como un ataque al corazón o ahogamiento, pero, el porcentaje de éxito es bajo para personas en la última fase de una enfermedad terminal. Los pacientes en estado crítico que reciben CPR, tienen pocas probabilidades de recuperarse, o de dejar el hospital.

Los residentes de Rhode Island con enfermedad terminal que no desean que el personal que presta servicios médicos de emergencia, o de ambulancia, o de rescate, le administre CPR, pueden inscribirse en COMFORT ONE. El personal que presta servicios médicos de emergencia, o de ambulancia, o de rescate, proporcionará alivio y bienestar, pero no administrará CPR, u otro medio de resucitación. Para inscribirse en COMFORT ONE hable con su médico, SOLAMENTE su médico puede autorizar la inscripción en el programa COMFORT ONE. Su médico debe redactar una orden señalando al personal que presta servicios médicos de emergencia, o de ambulancia, o de rescate, que no administre CPR. Esta orden se archiva en el Departamento de salud de Rhode Island.

Ventilación mecánica

Se utiliza ventilación mecánica para asistir, o reemplazar, el trabajo de los pulmones. Se forza el aire a los pulmones con una máquina llamada ventilador, o respirador. El ventilador se conecta a un tubo insertado en la nariz o boca que llega hasta la tráquea. Con frecuencia, la ventilación mecánica se utiliza para ayudar a una persona con un problema de corta duración, o se administra por periodos más prolongados cuando se presentan fallas irreversibles de respiración debido a daños en la parte superior de la espina dorsal, o por enfermedades neurológicas avanzadas.

Algunas personas que utilizan ventilación mecánica por tiempo prolongado pueden disfrutar y mantener un nivel de calidad de vida satisfactorio. Sin embargo, la ventilación mecánica en pacientes a punto de morir solamente prolonga la agonía hasta que falla algún otro sistema vital. La ventilación mecánica suministra oxígeno, pero no mejora el problema de fondo.

Cuando converse con sus seres queridos y con su médico sobre sus deseos en la fase final de su vida, deje claramente establecido si quiere ventilación mecánica en caso que no pueda recuperar la facultad de respirar por sí mismo, o en todo caso, para mantener una calidad de vida aceptable.

Alimentación e hidratación artificial

La alimentación e hidratación artificial (o alimentación a través de un tubo) complementa, o reemplaza, los alimentos y el agua que se ingiere convencionalmente al proporcionarle una mezcla químicamente balanceada de sustancias nutritivas y líquidos a través de un tubo insertado en el estómago, en el intestino delgado, o en una vena. La alimentación e hidratación artificial salva vidas cuando se administra mientras se recupera la salud.

La alimentación e hidratación artificial por periodos prolongados se administra a personas con enfermedades intestinales severas que limitan su capacidad de digerir alimentos, por consiguiente, les ayuda a disfrutar de calidad de vida satisfactoria. En algunas ocasiones, la alimentación artificial por tiempo prolongado se administra a personas con enfermedades irreversibles y terminales, procedimiento que no cambia el curso de la enfermedad, ni mejora la calidad de vida. Algunos médicos y centros de cuidados de salud no están de acuerdo en interrumpir, o dejar de administrar, alimentación artificial. Usted debe conversar con sus seres queridos y con su médico respecto de sus deseos de recibir alimentación e hidratación artificial, para incluirla en su *Poder legal por tiempo indefinido para cuidados de salud*.

Se encuentra copias adicionales de este formulario en: www.riag.state.ri.us or www.HEALTH.RI.Gov
o del Departamento de Asuntos de Ancianos de Rhode Island

INSTRUCCIONES

Para Decisiones Medicas Anticipadas

Decisiones medicas anticipadas es un documento escrito, el cual instruye a su médico a impedir o detener los procesos médicos necesarios para mantenerlo con vida si es que usted contrae una condición terminal, la cual le impida expresar sus deseos en el momento en que se deba tomar una decisión con respecto al tipo de procedimiento a seguir.

En Rhode Island la ley sugiere un formato de decisiones medicas anticipadas, pero no requiere su uso exclusivo. Si usted decide firmar este documento que contienen sus decisiones medicas anticipadas, entonces puede utilizar el formato que se proporciona con estas instrucciones o bien puede redactar sus propias decisiones medicas anticipadas. Si utiliza el formato que se le proporciona, por favor lea y siga cuidadosamente las siguientes indicaciones:

1. Escriba su nombre en letra de molde en la primera línea del formulario.
2. Marque el tercer párrafo para indicar si desea o no que se le dé o se le suspenda la alimentación e hidratación artificial (comida y agua), así como también cualquier otro tratamiento para mantenerle con vida. Recuerde, si no quiere que se le administre nutrición e hidratación artificiales, debe indicarlo en sus decisiones medicas anticipadas.
3. Complete al final del formulario el día, mes y año en que lo firma.
4. Firme su nombre en la línea de la firma (o si no lo puede hacer, pídale a alguien que lo haga en su nombre) delante de dos (2) testigos que sepan quién es usted y que tengan por lo menos 18 años de edad.
5. Escriba su dirección en letra de molde en la línea indicada para ello.
6. Pídale a los dos (2) testigos que firmen y escriban sus direcciones en donde se les indica debajo de sus firmas. Los testigos no pueden ser sus parientes de sangre o parientes políticos.
7. Entregue a su médico una copia firmada de las decisiones medicas anticipadas para que éste(a) las coloque en su expediente.

Recuerde, usted puede revocar estas decisiones medicas anticipadas cuando así lo desee. Solamente debe indicarle a su médico que ya no desea que las obedezca.

NOTA: esta información se le proporciona para que sepa de la existencia de la ley en Rhode Island con respecto a las directrices anticipadas y no constituye ningún tipo de asesoría legal para su situación particular. Consulte con un abogado para obtener asesoría legal sobre directrices anticipadas o sobre sus derechos de cuidados de salud.

