

Kit de herramientas para la planificación de la directiva para el cuidado de la salud de Minnesota

Este kit de herramientas para la planificación contiene información que le será de ayuda en:

- [La planificación con antelación](#)
- [La comprensión de los términos comunes](#)
- [El conocimiento de los hechos](#)
- [La compleción de la directiva para el cuidado de la salud: Sugerencias, paso a paso](#)
- [La distribución de copias](#)
- [La creación de un registro de la planificación](#)
- [La revisión y actualización](#)

También contiene formularios fáciles de usar, los que se aconseja que se utilicen en la directiva para el cuidado de la salud que responde a lo establecido por la ley de Minnesota.

- Directiva para el cuidado de la salud de Minnesota (Partes [I](#) y [III](#))
- Hoja de trabajo de las instrucciones para el cuidado de la salud (Parte [II](#))



UNIVERSITY OF MINNESOTA
EXTENSION

Planificación con antelación

El paciente tiene derecho a tomar una decisión médica. Los adultos tienen derecho a tener control de su cuidado médico dando su consentimiento al tratamiento médico o rehusándose al mismo. Los pacientes tienen derecho a comprender sus problemas de salud, las posibles opciones de cuidado y de qué manera el aceptar o rechazar diferentes tratamientos pueden influir en su calidad de vida.

El derecho de una persona a tener control sobre las decisiones sobre el cuidado de la salud no termina si él/ella se encuentra incapacitado/a. Hay momentos en los que se deben tomar decisiones sobre el cuidado de la salud cuando un individuo ya no puede decidir o comunicar sus preferencias. Adultos de todas las edades corren el riesgo de padecer una incapacidad como resultado de una lesión o enfermedad.

El dejar sus deseos por escrito es la mejor manera de asegurarse que sus deseos sean conocidos y respetados por la familia, amistades, proveedores del cuidado de la salud, y otros. La directiva para el cuidado de la salud es una herramienta que le permite:

- Asignar a otra persona (llamada apoderado/a) para que tome decisiones en su nombre sobre el cuidado de su salud si usted se encuentra incapacitado/a para tomar decisiones o darlas a conocer por usted mismo/a ([Parte I](#)).
- Dejar instrucciones por escrito para que los demás puedan tomar decisiones en base a sus deseos y preferencias ([Parte II](#)).
- Hacer las dos — asignar a un apoderado para el cuidado de salud y dejar las instrucciones ([Parte I](#) y [Parte II](#)).

Se le aconseja, pero no se le obliga, completar tanto la [Parte I](#) como la [Parte II](#) del formulario de la directiva para el cuidado de la salud. El saber quién es la persona que usted quiere que tome decisiones por usted y dejando las instrucciones para los que tomarán decisiones en su nombre ayuda a que haya menos preguntas y conflictos más adelante.

Comprensión de los términos comunes

Directiva anticipada: Una herramienta por escrito que sirve como guía en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud cuando un individuo es incapaz de hacerlo debido a su incapacidad. La mayoría de las personas conocen los términos “testamento de vida” o “poder duradero notarial para el cuidado de salud” como diferentes tipos de directiva anticipada. En Minnesota, se llama directiva anticipada a la “directiva para el cuidado de la salud” (*health care directive* en inglés).

Directiva para el cuidado de la salud: Se llama así a la directiva anticipada en Minnesota (health care directive en inglés). Es una combinación del propósito general de un testamento de vida con el poder duradero notarial para el cuidado de la salud. Las directivas para el cuidado de la salud están regidas en Minnesota por el capítulo 145c de los Estatutos de Minnesota.

Apoderado/a para el cuidado de la salud: Es una o más personas que están autorizadas legalmente para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud en nombre de otra persona que no tiene la capacidad para tomar decisiones.

Formulario POLST: POLST indica en inglés, “Provider Orders for Life Sustaining Treatment,” lo que en español significa “Ordenes médicas para el tratamiento de prolongación vital.” Los proveedores del cuidado de la salud llenan esta orden médica en base a lo que ellos comprenden son los deseos del paciente (en base a una conversación en persona o a deseos expresados en una directiva para el cuidado de la salud). POLST comunica los deseos sobre los tratamientos para los últimos días de vida a otros proveedores del cuidado de la salud en una emergencia.

Tenga cuidado de no confundir una directiva para el cuidado de la salud con otras herramientas de planificación testamentaria.

Testamento: Es un documento legal que se escribe para tener control sobre lo que sucede con la propiedad y bienes de uno cuando uno muere. En este no se incluyen decisiones sobre el cuidado de la salud.

Poder notarial: Es un documento legal por el que una persona le da autoridad a otra para tomar decisiones financieras específicas. A menos que esté específicamente escrito en emismo, este documento no cubre decisiones sobre el cuidado de la salud.

Conozca los hechos

¿Sabía usted que...?

- Una vez escrita una directiva para el cuidado de la salud, se la puede cambiar o revocar siempre y cuando usted tenga capacidad de hacerlo. Esto quiere decir que los testamentos de vida, los poderes notariales, y otras directivas para el cuidado de la salud por escrito y firmadas anteriormente ya no aplican.
- Es tan importante dejar instrucciones por escrito para un individuo que quiere empezar o continuar un tratamiento médico como para los individuos que tienen otras preferencias.

- Una directiva para el cuidado de la salud no necesita ser escrita por un abogado. Para ayudarle a dejar por escrito sus deseos, este kit de herramientas contiene formularios que se pueden usar y sugerencias de cómo llenarlos.
- Es ilegal que un proveedor del cuidado de la salud le obligue completar una directiva anticipada. Los proveedores del cuidado de la salud están obligados a hablarle sobre las leyes de la directiva anticipada en Minnesota y a ver si usted tiene o no una directiva anticipada en su carpeta médica.
- Las leyes relacionadas con las directivas anticipadas no son las mismas en los cincuenta estados de los Estados Unidos. Si usted pasa bastante tiempo en otro estado, o si se muda a otro estado, asegúrese de comprender las leyes.

Completación de una directiva para el cuidado de la salud: Sugerencias, paso a paso

Parte I: Designación de un/una representante o apoderado/a

Dirijase al
formulario

Revise las obligaciones del apoderado/a

Cuando nombre a un apoderado para el cuidado de la salud, elija en lo posible a alguien de por lo menos 18 años de edad, a una persona:

- En la que usted confía.
- Que tiene creencias y valores similares sobre el cuidado médico en momentos terminales o sobre la muerte, o alguien que está dispuesto a hacer cumplir sus deseos aún si estos son diferentes a los suyos mismos.
- Que no se sienta fácilmente intimidado por los familiares, amigos, o proveedores del cuidado de la salud.
- Que sea defensora de sus intereses.
- Que pueda enfrentarse a la difícil toma de decisiones de vida y muerte, incluso a la toma de decisión de dejarlo morir a usted.
- Que pueda tomar decisiones ante una situación estresante.

Antes de designar un/una apoderado/a o apoderado/a suplente, hable con cada persona para asegurarse que él o ella está de acuerdo en:

- Representarlo/a como su apoderado/a para el cuidado de la salud.
- Tomarse el tiempo para comprender y hablar sobre sus deseos.
- Seguir sus instrucciones o representar de la mejor manera sus intereses.

Dirijase al
formulario

Decida si los apoderados actuarán solos o juntamente.

Si usted quiere que los individuos que usted nombra actúen solos cuando toman decisiones sobre el cuidado de la salud:

- Marque el casillero que está al lado de la primera frase ([página 2](#)).
- Nombre su apoderado/a primario/a para el cuidado de la salud ([página 2](#)).

- Se le aconseja nombrar por lo menos dos apoderados suplentes para que hablen en su nombre si el/la apoderado/a que usted nombra no es capaz, no quiere o no está disponible cuando sea necesario ([página 2](#)).

Si usted quiere nombrar más de una persona – un cónyuge, hijos adultos, u otros familiares o amigos – para actuar juntamente y quiere que estén de acuerdo en las decisiones que se deban tomar sobre el cuidado de la salud:

- Marque el casillero que está al lado de la segunda frase ([página 2](#)).
- Escriba la lista de nombres usando el espacio provisto para el/la apoderado/a primario/a y los suplentes ([página 2](#)). Adjunte hojas adicionales si se designa a más de tres individuos.

Tenga en cuenta que puede ser difícil para un grupo de personas estar disponible, ponerse de acuerdo o comprender o hacer cumplir las preferencias o deseos del paciente. Si usted designa dos o más personas para que lo/la represente en el cuidado de la salud, usted necesita:

- Decir cómo quiere que se tomen las decisiones.
- Dar sugerencias sobre lo que se debe hacer en caso que haya desacuerdos. Además de haber marcado la frase en la [página 2](#), se pueden adjuntar instrucciones adicionales.

Dirijase al
formulario

Cómo designar un proveedor de salud como su apoderado/a

Usted no puede designar un proveedor de salud o un empleado de un proveedor para que le cuide directamente a usted cuando usted rellena este formulario o cuando se necesita tomar decisiones a menos que usted cumpla con los siguientes requisitos:

- Usted está relacionado/a con esa persona por lazos consanguíneos, matrimonio, adopción o relación de hecho registrada.
- Usted expresa la razón por la que quiere que esa persona actúe como su apoderado/a para el cuidado de salud (Rellenar la sección en la [página 3](#)).

Dirijase al
formulario

Facultades del apoderado/a

La ley de Minnesota permite que su representante tome el mismo tipo de decisiones respecto al cuidado de la salud que tomaría usted.

Dirijase al
formulario

Además, usted puede darle a su apoderado/a facultad sobre algunas decisiones relacionadas con el cuidado de la salud. Marque el casillero que está delante de cada frase si usted quiere que su apoderado/a tenga la facultad que se explica en la misma. Estas facultades NO se dan automáticamente a su apoderado/a. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Puede ser que usted prefiera que otra persona tome las decisiones sobre el cuidado de su salud. En Minnesota usted puede hacer que su representante tome las decisiones en su nombre aun si usted es capaz de tomar decisiones sobre su propio

cuidado de salud y comunicarlas. Si usted quiere esto, marque el casillero que corresponda en la sección de “Facultades adicionales de mi apoderado/a”.

- En Minnesota si usted designa a su cónyuge o a su compañero/a de hecho registrado como apoderado/a se asume que usted NO quiere que ese individuo continúe siendo su apoderado/a del cuidado de salud si una disolución, anulación o terminación de la relación está en proceso de terminarse o se ha terminado.

Dirijase al
formulario

Usted puede limitar las facultades que usted quiera que tenga su apoderado/a. Use el espacio provisto ([página 4](#)). Debe considerar detenidamente las consecuencias del limitar las facultades de su apoderado/a en su capacidad para tomar decisiones a sabiendas sobre su cuidado.

Parte II: Exprese por escrito las directrices para el cuidado de la salud

¿Por qué dejar directrices?

Si usted no designó un/una apoderado/a en la [Parte I](#), usted DEBE dejar expresa algunas directrices en la [Parte II](#) para que su directiva para el cuidado de salud tenga validez.

El dejar directrices por escrito ayuda a que las decisiones que se tomen se basen por seguro en sus valores, preferencias y deseos. A pesar que la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud no es nada fácil, el saber lo que la persona quiere o no quiere ayuda a los que toman las decisiones a que sientan que están tomando las decisiones “correctas”.

¿Cómo dejar las directrices?

DEJE instrucciones que ayudan a los demás a comprender los objetivos del cuidado de su salud, los temores, las preocupaciones y lo que usted quiere como lo que no quiere. Es imposible predecir los tipos específicos de decisiones sobre el cuidado de la salud que se deban llegar a tomar.

Dirijase al
formulario

Usted puede dejar sus instrucciones sobre el cuidado de la salud haciendo algo de lo siguiente:

- Rellene el espacio provisto en la directiva para el cuidado de la salud ([página 4](#) en nuestro formulario).
- Exprese sus deseos por escrito en un papel.
- Use y adjunte la [Hoja de trabaja de las instrucciones para el cuidado de la salud](#) provista en este kit de herramientas.

Dirijase al
formulario

NO deje instrucciones en las que pide prácticas ilegales en Minnesota. Estas abarcan:

- Suicidio asistido, matar por piedad, o eutanasia.
- Tratamiento para un cuidado médico que no es parte de una práctica médica razonable.

Rellenar la Hoja de trabajo de las instrucciones para el cuidado de la salud

Si usted elije usar la hoja de trabajo provista en este kit de herramientas, verá que habrán preguntas específicas sobre sus valores y preferencias para el cuidado de la salud, incluso:

- ¿Qué es lo más importante que deben considerar los demás?
- ¿Qué piensa usted sobre tratamientos médicos específicos?
- ¿De qué manera influirían sus creencias religiosas o espirituales en su cuidado?
- ¿Cuáles son sus creencias respecto a la calidad y tiempo de vida?
- ¿Cuáles son sus deseos sobre el cuidado de la salud cuando esté moribundo?
- ¿Cuáles son sus preferencias en cuanto a la donación de órganos y tejidos? (Para mayor información sobre la donación de órganos, diríjase al sitio www.organdonor.gov/.)

Usted no tiene que responder todas las preguntas o rellenar los espacios en blanco de la hoja de trabajo. Solamente rellene aquellos que usted cree que van a ayudar a que los demás comprendan sus deseos personales.

No se sorprenda si siente que algunas preguntas son difíciles de responder en un primer momento. Tómese el tiempo para pensar y completar la hoja de trabajo. Pruebe responder las preguntas hablando sobre ellas con familiares y amistades. Si fuera necesario, busque más información del clero, de un consejero religioso o espiritual o de proveedores de la salud hasta que usted se sienta seguro de sus respuestas. Recuerde que no hay respuesta correcta o errónea. Lo que está bien para una persona puede que no esté bien para usted.

Parte III: Legalización del documento

Para legalizar el documento:

- Imprima una copia y compruébela. Todas las firmas y las fechas se deben agregar “a mano” en su copia final.
- Hable con su apoderado/a y con los apoderados suplentes para asegurarse que ellos están dispuestos a cumplir con esto.
- Verifique para asegurarse que ha rellenado ya sea la [Parte I](#) o la [Parte II](#), o ambas Partes [I](#) y [II](#).
- Haga que la firma del documento se haga ante un notario público o dos individuos.
 - Ninguno de los testigos ni el notario público pueden ser designados como su apoderado/a o apoderado/a suplente.
 - Solo uno de los testigos puede ser alguien que es proveedor directo de salud o empleado de un proveedor el día en que se firma este formulario.
 - Una firma también puede ser cualquier marca que usted elija (tal como una “X”). Si usted está incapacitado para escribir, el documento puede ser firmado por alguien que usted elije para que lo haga en su lugar.

Distribución de copias

Entregue copias de su directiva para el cuidado de la salud a sus familiares, amigos y proveedores de salud así sus preferencias serán conocidas cuando sea necesario. Las copias (como también los originales) del formulario tienen validez. Se deben guardar copias:

- En su carpeta médica en el lugar donde recibe asistencia. Pregúntele a su médico, para asegurarse, si su directiva para el cuidado de salud está en su carpeta.
- Con los proveedores del cuidado de la salud, tales como los médicos, hospitales, asistencia a domicilio, hospital para enfermos terminales. Comience a hablar con su médico y comparta sus preferencias. ¿Están sus proveedores de cuidado de la salud dispuestos y son capaces de hacer cumplir sus deseos?
- Con los/las apoderados/as y apoderados/as suplentes del cuidado de la salud que usted nombra. Ayude a los que toman decisiones en su nombre a comprender sus responsabilidades y poderes.
- Con familiares y amistades cercanas. Hágales saber a los que son importantes para usted que usted ha completado una directiva para el cuidado de la salud, dígales dónde está, y a quién ha elegido para que tome decisiones por usted.

NO guarde su directiva para el cuidado de la salud en una caja de seguridad donde no estará disponible en una emergencia.

Indique en su licencia de conducir de Minnesota que tiene una directiva para el cuidado de la salud o en otros documentos de identificación en su billetera o cartera.

Creación de un registro de la planificación

Guarde una lista original con los nombres de las personas que tienen copias de su directiva para el cuidado de la salud. Será más fácil para mantener a todos actualizados si se realizan cambios y cuando se los hace.

Se ha dado copias de mi directiva para el cuidado de la salud a:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Revisión y actualización

Usted puede cambiar o cancelar su directiva para el cuidado de la salud siempre y cuando pueda tomar decisiones acerca del cuidado de su salud y comunicarlas. Su directiva anticipada con fecha más reciente es la que se debe respetar.

Mi directiva para el cuidado de la salud más reciente fue completada el _____
(mes/día/año)

No es raro que los individuos cambien de opinión sobre las personas que ellos quieren que los representen o sobre instrucciones específicas para el cuidado de la salud. Revise su directiva para el cuidado de la salud con frecuencia, especialmente cuando hayan cambios en:

- El estado de su salud.
- El estado de su residencia dado a las diferencias en las leyes estatales.
- La disponibilidad de los individuos nombrados como apoderados/as o apoderados suplentes para el cuidado de la salud.

Copias adicionales del Kit de Herramientas para la Planificación de la Directiva para el Cuidado de la Salud de Minnesota y formularios relacionados pueden encontrarse en <http://z.umn.edu/ladirectiva>. Los usuarios pueden elegir imprimir el kit de herramientas y rellenarlo a mano, O descargar el documento para rellenar en formato PDF y completarlo electrónicamente y guardarlo en su computadora personal para actualizarlo más adelante.

De acuerdo con la Ley de Discapacidades de Estados Unidos, este material está disponible en formatos alternativos a pedido. Para solicitarlos, sírvase comunicarse al teléfono 612-626-6602.

Extensión de la Universidad de Minnesota es una entidad con igualdad de oportunidades laborales y educativas.



UNIVERSITY OF MINNESOTA
EXTENSION

Directiva para el cuidado de la salud de Minnesota

Propósito

Este formulario contiene las partes siguientes:

- **Parte I** Le permite designar a otra persona (llamada “apoderado/a”) para que tome decisiones acerca de su cuidado de salud si el médico decide que usted es incapaz de hacerlo.
- **Parte II** Le permite expresar sus deseos dejando instrucciones por escrito acerca de los mismos.
- **Parte III** Usted y otros están obligados a firmar y fechar este documento para que tenga validez legal.

Este formulario deja sin efecto todos los testamentos vitales anteriores, poderes duraderos notariales para el cuidado de la salud, y otras directivas anticipadas para el cuidado de la salud que usted haya firmado.

Mi información personal

Mi nombre y apellido: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de preferencia: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Parte I: Designación del apoderado/a

Responsabilidades del apoderado/a

Vea las instrucciones

El apoderado de mi salud puede:

- Tomar decisiones por mí sobre el cuidado de salud si me encuentro incapacitado para hacerlo por mí mismo.
- Tomar decisiones en base a cualquiera de las instrucciones en la Parte II de este documento o en otros documentos.
- Tomar decisiones en base a lo que él/ella sabe acerca de mis deseos.
- Representar mis intereses de la mejor manera si las instrucciones no están disponibles.

Función del apoderado/a

Vea las instrucciones

Actuación individual

Actuación conjunta

Al designar a mi apoderado/a debo elegir una de las siguientes opciones. *Elija la opción que prefiera haciendo una tilde en el casillero que corresponda.*

Asigno a una persona como apoderada primaria para que me represente en la toma de decisiones del cuidado de mi salud si me encuentro incapacitado/a para tomar decisiones o si no puedo comunicarme por mi mismo/a. Mi apoderado/a primario/a puede actuar solo/sola. Si mi apoderado/a primario/a no pudiera o estuviera disponible o dispuesto, cada uno/a de los apoderados/as que designe puede actuar individualmente en el orden indicado en la lista.

Asigno a dos o más personas para que actúen conjuntamente como mis apoderados/as en el cuidado de mi salud. Mi apoderado/a primario/a y los suplentes deben actuar conjuntamente y estar de acuerdo en la toma de decisiones. Si no están todos inmediatamente disponibles o si están en desacuerdo, la mayoría de los apoderados/as que se encuentren inmediatamente disponibles podrá tomar las decisiones en mi nombre.

Información de contacto de mi apoderado/a

Mi apoderado/a primario/a para el cuidado de mi salud

Yo designo a:
Nombre del/de la apoderado/a: _____
Dirección: _____
Número de teléfono de preferencia: _____
Número de teléfono alternativo: _____

Mi primer apoderado/a suplente para el cuidado de mi salud

Nombre del/de la apoderado/a: _____
Dirección: _____
Número de teléfono de preferencia: _____
Número de teléfono alternativo: _____

Mi segundo apoderado/a suplente para el cuidado de mi salud

Nombre del/de la apoderado/a: _____
Dirección: _____
Número de teléfono de preferencia: _____
Número de teléfono alternativo: _____

(En caso de ser necesario) Motivos por los que se designa al proveedor del cuidado de salud

Vea las instrucciones

He designado como apoderado/a al proveedor del servicio de salud o empleado del servicio de salud que actualmente me está cuidando directamente (o que me estará cuidando más adelante) para que tome decisiones cuando sea necesario. *Elija la opción que corresponda:*

- Esta persona está relacionada conmigo por lazos de sangre, matrimonio, unión de hecho registrada o adopción.
- Mis razones por las que quiero designar a esta persona como mi apoderado/a son (*rellene abajo*):

Facultades de mi apoderado/a

Vea las instrucciones

Si me encuentro incapacitado para decidir o hablar por mí mismo, mi apoderado/a está facultado/a para:

- Consentir, rehusar o retirar cualquier cuidado de salud, tratamiento, servicio o procedimiento.
- Parar o no empezar un cuidado de salud que me esté manteniendo vivo o que podría mantenerme vivo/a.
- Elegir a mis proveedores de salud.
- Elegir el lugar para vivir cuando necesite cuidado de salud y las medidas de seguridad personal necesarias para mantenerme seguro.
- Obtener copias de mi historial médico y dar permiso para que otros lo vean.

Facultades adicionales de mi apoderado/a

Vea las instrucciones

Si YO QUIERO que mi apoderado/a tenga alguna de las siguientes facultades, debo marcar el casillero que está delante de la frase:

También autorizo a mi apoderado/a a:

- Tomar decisiones en mi nombre aun si me encuentro capaz de decidir o hablar por mi mismo/a.
- Cumplir con mis deseos respecto al funeral, entierro o lo que sea que suceda con mi cuerpo cuando muera.
- Tomar decisiones acerca del tratamiento de salud mental incluso sobre terapia electro-convulsiva y medicación anti-psicótica, incluso neurolépticos.
- En caso que estuviera embarazada, decidir si continuar con mi embarazo para dar a luz en base al entendimiento que mi apoderado/a tiene sobre mis valores, preferencias o instrucciones.
- Continuar siendo mi apoderado/a aún si hubiera una disolución, anulación o terminación de nuestro matrimonio o de nuestra cohabitación en proceso de terminarse o si ha terminado.

**Limitación
de facultades
de mi
apoderado/a**

Vea las instrucciones

Deseo limitar las facultades de mi apoderado/a de cuidado de mi salud como lo indico a continuación:

Vea las instrucciones

Parte II: Instrucciones para el cuidado de mi salud

Aquí indico las instrucciones para el cuidado de mi salud (mis valores y mis creencias, lo que quiero y lo que no quiero, mis puntos de vista acerca de tratamientos médicos, preocupaciones, temores, etc.):

Dirijase al
formulario

Adjunto otras instrucciones para el cuidado de mi salud que tienen relación con mis valores y preferencias.

Marque uno: Si No

Autorizo la donación de órganos, tejidos u otras partes del cuerpo después de mi muerte.

Marque uno: Si No

Parte III: Validez legal del documento

Mi firma/marca y fecha

Vea las instrucciones

Estoy de acuerdo con todo lo que este documento establece y firmo el mismo por voluntad propia:

Mi firma: _____

Fecha: _____

(día/mes/año)

Notario público o testigos

Notario público

NOTA: No debe ser nombrado como mi apoderado/a o apoderado/a suplente.

Vea las instrucciones

ESTADO DE MINNESOTA

Condado de _____

Este documento fue firmado o reconocido ante mí _____ de _____,
(día) (mes)

del _____ por el mandante mencionado anteriormente.
(año)

Firma del Notario Público

Dos testigos

NOTA: Solamente un testigo puede ser el proveedor directo de salud o empleado del proveedor el día que se firma este documento.

Este documento fue firmado o reconocido ante mí. Yo no soy apoderado/a ni apoderado/a suplente en este documento.

Firma del primer testigo: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

(mes/día/año)

Firma del segundo testigo: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

(mes/día/año)

Hoja de trabajo de las instrucciones para el cuidado de la salud

Esta hoja de trabajo completa la Parte II de la directiva para el cuidado de la salud de Minnesota.

Vea las instrucciones **Mis metas acerca del cuidado de mi salud**

Dar a conocer lo que es importante para usted, puede ser útil para los que toman decisiones sobre el cuidado de su salud en su nombre bajo circunstancias diferentes y complejas. Lea cada frase a continuación y usando una escala de números del “0” al “4,” indique la importancia que usted le da a las metas acerca del cuidado de salud. En este caso, el “4” indica “Muy importante” y el “0” significa “No es importante.” Recuerde que un cuidado médico razonable debe ser siempre el de mantener el bienestar, la higiene y dignidad humana de la persona.

Mis metas acerca del cuidado de la salud	No es importante		Algo importante			Muy importante
	0	1	2	3	4	
¿Qué tan importante es controlar el dolor?						
En lo posible sentirse cómodo y libre de dolor						
Controlar el dolor aún si esto influye en mi capacidad para pensar claramente						
Controlar el dolor, aún si esto acorta mi vida						
¿Qué tan importante es usar un tratamiento para prolongar la vida cuando...?						
Hay una probabilidad razonable de recuperarme tanto físicamente como mentalmente (50/50+)						
Me encuentro algo limitado/a físicamente pero puedo relacionarme en un ámbito social con los que quiero						
Puedo alargar mi vida sin importar cómo sea mi salud física o mental						
Tengo pocas posibilidades o ninguna de hacer diariamente lo que me gusta						
No tengo la capacidad para relacionarme en un ámbito social con los que quiero						
Tengo una enfermedad terminal y el tratamiento solamente va a dilatar mi muerte						
Tengo una lesión cerebral severa y permanente y hay poca posibilidad de recuperar la conciencia						
Tengo demencia o confusión severa y mi condición solo va a empeorar						

Mis metas acerca del cuidado de la salud (cont.)	No es importante		Algo importante		Muy importante
	0	1	2	3	4
¿Qué tan importante son las finanzas y el cuidado de la salud?					
Cumplir mis deseos sin importar si mis finanzas se agotan o no					
No ser una carga financiera para los que me rodean					
El no tener dinero para mi cuidado de salud afecta la situación económica de los que quiero					

Mis preferencias sobre los tratamientos médicos

Es importante que los demás sepan si usted tiene una idea firme acerca de ciertos tratamientos médicos. Algunas de las decisiones médicas más difíciles son las que tienen que ver con los tratamientos para prolongar la vida, como los que se nombran en la lista a continuación. Se pueden probar por un tiempo casi la mayoría de los tratamientos médicos y luego pararlos si no sirven de ayuda. Hable sobre estos tratamientos médicos con un profesional del cuidado de la salud para asegurarse que entiende lo que pueden significar para usted dada su condición de salud actual como también en el futuro.

Procedimientos médicos	¿Cuándo se lo usa?	Lo que siento respecto a este procedimiento
Intubación Una orden que dice No Intubar (en inglés DNI) se pone en su carpeta médica cuando usted no quiere este procedimiento	Cuando usted no puede respirar por sí mismo/a se lo/la intuba. Se le pone una sonda para respirar en su boca — hasta los pulmones — y está conectada a un ventilador. Usted no puede hablar ni comer por boca si está intubado/a. Para un cuidado a largo plazo, puede ser necesaria una traqueotomía (un tubo para respirar que se coloca en su cuello).	

Procedimientos médicos	¿Cuándo se lo usa?	Lo que siento respecto a este procedimiento
Sustento e hidratación nutricional	<p>Quando no puede comer ni beber por boca, las soluciones alimenticias pueden dar suficiente nutrición para mantener la vida indefinidamente.</p> <p>Las soluciones alimenticias se pueden introducir por medio de un tubo inserto en el estómago, nariz, intestino o por vena.</p>	
<p>Resucitación Cardiopulmonar (en inglés <i>CPR</i>)</p> <p>Una orden que dice no resucitar (en inglés <i>DNR</i>) se pone en su historial médico cuando usted no quiere este procedimiento.</p>	<p>CPR se utiliza si su corazón y pulmones dejan de funcionar. CPR puede darse por medio de compresiones en el pecho, por un desfibrilador (descarga eléctrica), medicamentos, y/o por un tubo en su garganta.</p>	
Diálisis	<p>Si sus riñones no funcionan, se puede usar una máquina de diálisis para hacer una limpieza de la sangre. Usted necesitará estar conectado/a a esta máquina varias horas al día.</p>	

Mis otras metas e instrucciones adicionales acerca del cuidado de la salud

Los que toman decisiones en mi nombre también deben saber lo siguiente sobre mí para ayudarlos a tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud.

Me preocupa...

Tengo miedo de...

Espero que el cuidado de mi salud cuando esté moribundo sea...

Mis creencias religiosas y espirituales

Las creencias religiosas y espirituales y las tradiciones influyen en la manera cómo la gente piensa acerca de ciertos tratamientos médicos, lo que significa para ellos la calidad de vida, la manera que quiere que se la trate en los momentos terminales o en el de su muerte.

Deben saber lo siguiente respecto a cómo mis creencias religiosas o espirituales influirían en el cuidado de mi salud:

Mi religión/espiritualidad es: _____

Mi congregación/comunidad espiritual es (nombre, ciudad, estado): _____

Deseo que se consulte a mi (sacerdote/pastor/rabino/chamán/líder espiritual.) Sí No

Información del contacto (nombre/número de teléfono): _____

Preferencias sobre mi cuidado en los momentos terminales

Si en mis momentos terminales fuera posible y razonable elegir, preferiría recibir cuidado:

- En Casa
- En el hospital. ¿Cuál? _____
- En una residencia para ancianos. ¿Cuál? _____
- Por medio de los servicios en un hospital para enfermos terminales. ¿Cuál? _____
- De otros proveedores de cuidado de la salud. ¿Cuál? _____

Otros deseos que tengo acerca de mi cuidado para cuando esté en estado terminal:

Mis creencias acerca de si se debe preservar la vida el mayor tiempo posible

Otros deseos que tengo acerca de mi cuidado para cuando esté en estado terminal:

Los siguientes tipos de condiciones físicas y mentales me hacen pensar que no se debe seguir usando un tratamiento médico para mantenerme con vida:

Mis deseos acerca de la donación de órganos, tejidos, u otras partes del cuerpo

Marque los enunciados que correspondan:

YO NO quiero donar órganos, tejidos u otras partes del cuerpo cuando muera.

YO SI quiero donar órganos, tejidos u otras partes del cuerpo cuando muera:

Cualquier órgano, tejido, u otra parte del cuerpo que sea necesario.

Solamente los siguientes órganos, tejidos o partes del cuerpo que se indican a continuación: _____

Las limitaciones o deseos especiales que tengo son:

Mi firma

Afirmo que estas son las instrucciones para el cuidado de mi salud y que las he completado voluntariamente.

Mi firma: _____

Firmada en la siguiente fecha: _____
(mes/día/año)

Esta hoja de trabajo es un adjunto a mi Directiva para el cuidado de mi salud:

Marque un casillero: Si No