

Honoring Choices Massachusetts
Instrucciones y Formulario para el Poder para Tomar Decisiones Médicas de Massachusetts

Instrucciones: Cada adulto competente, a partir de los 18 años, tiene derecho a nombrar un Apoderado para Atención Médica en un Poder para Tomar Decisiones Médicas. Para crear su Poder para Tomar Decisiones Médicas en español e inglés, imprima este documento de cuatro páginas para tener las instrucciones y los dos formularios en blanco a la vista. Siga las instrucciones y complete ambos formularios con la información fiel y exacta y la misma fecha. Primero complete el formulario en español, firmelo y escriba la fecha delante de dos testigos, quienes firmarán y escribirán la fecha luego de que lo haga usted. Luego complete el formulario en inglés con la información fiel y exacta y la misma fecha, firmelo y escriba la fecha delante de dos testigos, quienes firmarán y escribirán la fecha luego de que lo haga usted.

1. Su nombre y dirección

Escriba su nombre completo en imprenta en el espacio en blanco. Escriba en imprenta su dirección.

2. Mi Apoderado para Atención Médica es:

Escriba en imprenta el nombre, dirección y números de teléfono de su Apoderado para Atención Médica.

- Elija una persona en la que confie para que tome decisiones de atención médica por usted basada en sus preferencias, valores y creencias, en caso de que usted no pudiera tomar o comunicar decisiones por sí mismo;
- Su Apoderado para Atención Médica y Apoderado Sustituto no puede ser alguien que sea un operador, administrador o empleado en el centro donde usted sea un paciente o residente o haya solicitado la admisión, a menos que esté vinculado con usted por sangre, matrimonio o adopción.

3. Mi Apoderado Sustituto para Atención Médica:

Escriba en imprenta el nombre, dirección y números de teléfono de su Apoderado Sustituto.

- Elija una persona en la que confie para que tome decisiones de atención médica si su Apoderado para Atención Médica no estuviera disponible, dispuesto o competente para la función, o si no se espera que tome una decisión oportuna.

4. La autoridad de mi Apoderado para Atención Médica:

Es aquí donde usted le otorga a su Apoderado la autoridad o el poder de tomar decisiones por usted.

- Si desea que su Apoderado tome todas las decisiones en cualquier situación, deje esta área en blanco.
- Si hubieran determinadas decisiones que usted no desea que tome su Apoderado o tuviera cualquier instrucción para dar, escriba los límites de su autoridad en el espacio en blanco provisto.

5. Firma y fecha:

Firme su nombre completo delante de dos testigos adultos, quienes firmarán después de usted.

Escriba la fecha.

- Puede hacer que alguien firme su nombre con su indicación delante de dos testigos.

@ 2015 Honoring Choices Massachusetts (HCM). HCM Health Care Proxy (Spanish) April 2015

Este documento es una traducción de Honoring Choices Massachusetts (HCM)- Instrucciones y Formulario para el Poder para Tomar Decisiones Médicas. Otorgamos el permiso para reproducir este documento en su totalidad siempre que se muestren la fuente y el pie de página. A pesar de que se han hecho todos los esfuerzos para proporcionar una traducción precisa y completa, Honoring Choices Massachusetts no promete que la información o la traducción estén libres de errores, no es responsable de consecuencia alguna que surja de confiar en este documento, y desconoce expresamente toda responsabilidad por cualquier acción tomada por cualquier persona.

Honoring Choices Massachusetts
Instrucciones y Formulario para el Poder para Tomar Decisiones Médicas de Massachusetts

6. Declaración y firma del testigo:

Cualquier adulto competente puede ser testigo excepto su Apoderado para Atención Médica y Apoderado Sustituto.

- Dos adultos deben estar presentes como testigos cuando se firme este documento. Ellos lo observan mientras firma el documento, o mientras otra persona firma bajo sus instrucciones, y firmarán después de usted para declarar que usted tiene al menos 18 años de edad, está en su sano juicio y bajo ninguna coacción o influencia indebida.
- Haga que el Testigo Uno firme, luego escriba su nombre en imprenta y la fecha;
- Luego haga que el Testigo Dos firme y escriba su nombre en imprenta y la fecha.

7. Declaración del Apoderado para Atención Médica: (Opcional)

Esta sección no es exigida, pero puede ayudar a sus médicos y su familia a saber que los Apoderados que designó han aceptado la posición. Para usar esta sección, haga que su(s) Apoderado(s) firme(n) y escriba(n) la fecha en los espacios provistos.

Importante: Complete los formularios en español y en inglés al mismo tiempo. Asegúrese que ambos formularios tengan la información fiel y exacta y estén firmados, fechados y atestiguados. Haga una copia y entréguesela a su Apoderado para Atención Médica, y entregue una copia a sus médicos para que la coloquen en su expediente médico.

Formulario para el Poder para Tomar Decisiones Médicas de Massachusetts

1. Yo, _____ Dirección: _____,
nombro a la siguiente persona como mi Apoderado para Atención Médica, con la autoridad para tomar decisiones en mi nombre para mi atención médica. Esta autorización tendrá efecto si mi médico tratante determina por escrito que carezco de capacidad mental para tomar o comunicar por mí mismo decisiones para mi atención médica, según el Capítulo 201D de las Leyes Generales de Massachusetts.

2. Mi Apoderado para Atención Médica es:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono(s): _____; _____; _____

3. Mi Apoderado Sustituto para Atención Médica

Si mi Apoderado no estuviera disponible, dispuesto o no fuera competente, o no se esperara que tome una decisión oportuna, nombro a:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono(s): _____; _____; _____

4. Autoridad de mi Apoderado para Atención Médica

Yo doy a mi Apoderado para Atención Médica la misma autoridad que tengo para tomar cualquier y todas las decisiones de atención médica incluyendo las decisiones para soporte vital, excepto (escriba los límites a la autorización o de detalles, si los hay): _____

Yo autorizo a mi Apoderado para Atención Médica a tomar decisiones de atención médica basadas en su evaluación de mis preferencias, valores y creencias si fueran conocidos, y teniendo en cuenta mi mayor beneficio, de no conocerlos. Confiero a mi Apoderado para Atención Médica los mismos derechos que yo tengo para uso y divulgación de mi información de salud y expediente médico según lo indica la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*), 42 U.S.C. 1320d. Las fotocopias de este Poder para Tomar Decisiones Médicas tienen la misma validez y efecto que el original.

5. Firma y fecha. Firmo mi nombre y escribo la fecha en este Poder para Tomar Decisiones Médicas en la presencia de dos testigos.

FIRMADO _____ **FECHA** _____

6. Declaración y firma del testigo (Exigida)

Nosotros, los abajo firmantes, somos testigos de la firma de este documento por o bajo la dirección del signatario supra y declaramos que el signatario parece tener al menos 18 años de edad, estar en uso de sus facultades mentales y no estar bajo la influencia de coacción o coerción alguna. Ninguno de nosotros es el apoderado para atención médica o el apoderado sustituto.

Testigo Uno

Firmado: _____

Nombre en imprenta: _____

Fecha: _____

Testigo Dos

Firmado: _____

Nombre en imprenta: _____

Fecha: _____

7. Declaración del Apoderado para Atención Médica (Opcional):

Hemos leído este documento cuidadosamente y aceptamos el nombramiento.

Apoderado para Atención Médica _____ Fecha _____

Apoderado Sustituto para Atención Médica _____ Fecha _____

Voluntad personal

Instrucciones y documento

Formulario breve

Una Voluntad personal es un documento personal, no legalmente obligatorio en Massachusetts, en el cual usted le brinda información a su Apoderado de atención de salud (“Apoderado”), familiares, médicos y proveedores de cuidados sobre lo que es importante para usted y las instrucciones sobre el tipo de atención que usted desee o no. Pueden ocurrir accidentes y enfermedades a cualquier edad. Si usted queda incapacitado para tomar o comunicar decisiones de atención de salud para usted, aún por un corto tiempo mientras se recupera, su Apoderado puede usar este documento para comunicar sus opciones de atención a su familia y proveedores de cuidados, y tomar decisiones de atención de salud en su nombre. Si aún no ha elegido un Apoderado, este documento ofrece información de primera mano para su familia, médicos y proveedores de cuidados sobre sus elecciones de atención.

Instrucciones: Para crear una Voluntad personal, imprima este documento y coloque la página de instrucciones y el documento en blanco delante suyo. Escriba lo que le gustaría que otros sepan sobre sus valores, creencias, objetivos y elecciones de atención. Si usted necesita más espacio, escriba en el reverso. Si las preguntas no correspondieran, solo déjelas en blanco. Usted puede actualizar y revisar este documento con la frecuencia que desee siempre que usted sea competente.

En la primera línea escriba su nombre completo en imprenta en el espacio en blanco, seguido por su dirección. Marque la casilla que corresponda acerca de su Apoderado. Si tiene un Poder para tomar decisiones de atención médica, usted puede adjuntarlo a este documento.

I. Mis preferencias personales, pensamientos y creencias

- Deje que los demás sepan lo que es importante para usted con el fin de que tomen decisiones en su nombre. Escriba lo que desee para ayudar a su Apoderado y su familia para que usted obtenga la atención que desea respetando sus valores, creencias y elecciones personales, y para que manejen sus asuntos personales mientras usted se recupera o durante más tiempo.

II. Personas a informar sobre mis elecciones y preferencias

- Escriba una lista de nombres de familiares, amigos y otros a quienes usted desee que su Apoderado informe y/o tome acción.

III. Mi atención médica: Mis elecciones y preferencias de tratamiento

- Condición médica actual: Comparta la información sobre la atención que usted desee a medida que se recupera.
- Tratamientos para soporte vital: la reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica / respiración artificial e hidratación y nutrición artificiales son tratamientos para el soporte vital destinados a prolongar la vida sosteniendo una función esencial del cuerpo, cuando este no sea capaz de funcionar por sí mismo. Hable con su médico sobre los riesgos específicos, beneficios y resultados posibles de intentar estos tratamientos dado su pronóstico médico. Marque la casilla o escriba sus pensamientos e instrucciones.

IV. Otra información, instrucciones y mensajes:

- Escriba información adicional para considerar, instrucciones para administrar sus asuntos personales o mascotas, o mensajes para darle a otros.

V. FIRMA y fecha

- Firme su nombre completo y escriba la fecha en que lo firmó. Usted puede revisar y reafirmar este documento.

Importante: Guarde el original y entregue una copia a su Apoderado, familiares y a cualquier otra persona que usted desee. Puede hacer cambios o agregar información durante toda su vida, siempre que usted sea competente. Lea más sobre su Voluntad personal en www.honoringchoicesmass.com

Voluntad personal

Yo, _____, residente en _____, escribo esta Voluntad para mi Apoderado de atención de salud (Apoderado), familiares, amigos, médicos y proveedores de cuidados para informar sobre mis elecciones y preferencias de atención.

- He elegido un Apoderado de atención de salud con un Poder para tomar decisiones de atención médica.
Nombre e información de contacto del Apoderado: _____
- No he elegido un Apoderado de atención de salud con un Poder para tomar decisiones de atención médica.

I. Mis preferencias personales, pensamientos y creencias

1. Estas son las cosas de la vida que yo más valoro y que hacen que valga la pena vivir:

2. Si yo me enfermara o lesionara y fuera razonablemente seguro que me fuera a recuperar, posiblemente en menor grado, esto es lo que es importante para mí y cómo defino yo qué es tener una buena calidad de vida:

3. Estos son mis valores personales, creencias religiosas o espirituales y normas y tradiciones culturales a ser considerados al tomar decisiones de atención (si las hubiera):

4. Esto es lo que más me preocupa sobre estar enfermo o lesionado; esto es lo que ayudaría a reducir mis preocupaciones:

5. Si me enfermara o lesionara, y no hubiera esperanza de que yo recupere mi capacidad mental de saber quién soy, estos son mis pensamientos sobre prolongar mi vida y qué tratamientos son aceptables o no para mí:

6. Estos son mis pensamientos sobre qué significa una muerte pacífica para mí:

II. Personas a informar sobre mis elecciones y preferencias

Esta es una lista de personas a informar (es decir, familiares, amigos, clero, abogados, proveedores de cuidado), su información de contacto y función o acción que yo desearía que cada uno de ellos realice (de haberlas):

III. Mi atención médica: Mis elecciones y preferencias de tratamiento

A. Mi condición médica actual

Esta es la información sobre mi condición médica específica (si la hubiera) y mis preferencias sobre medicamentos, médicos, centros de tratamiento y servicios que yo desee o no:

B. Tratamientos para soporte vital

1. La reanimación cardiopulmonar (CPR) es un procedimiento médico de emergencia usado para reiniciar la respiración y el latido cardíaco cuando ambos se han detenido. Mi elección es:

- No deseo que se intente CPR, sino que deseo que se permita una muerte natural con medidas de comodidad;
 - Deseo que se intente CPR a menos que mi médico determine alguno de los siguientes: • Padezco una enfermedad incurable o lesión irreversible y me estoy muriendo • No tengo una probabilidad razonable de sobrevivir si mi corazón hubiera dejado de latir y yo hubiera dejado de respirar • Tengo poca probabilidad de sobrevivir a largo plazo si mi corazón hubiera dejado de latir y yo hubiera dejado de respirar, y el proceso de reanimación causara sufrimiento significativo;
 - Deseo que se intente CPR si mi corazón hubiera dejado de latir y yo hubiera dejado de respirar;
 - No lo sé en este momento y confío en mi Apoderado de atención de salud para que tome la decisión.
-
-

2. Tratamientos para prolongar mi vida

Si llegara a un punto en el que no hubiera esperanza de que yo recupere mi capacidad mental de saber quién soy, esta es mi elección y mi preferencia para el tratamiento de soporte vital:

- Deseo rehusar o suspender todos los tratamientos de soporte vital que estén prolongando mi vida y permitir una muerte natural. Entiendo que continuaré recibiendo medicamentos para manejar y aliviar el dolor;
 - Deseo todos los tratamientos de soporte vital durante un corto plazo según la recomendación de mi médico, hasta que mi médico y mi Apoderado estén de acuerdo en que tales tratamientos ya no sean útiles;
 - Deseo todos los tratamientos de soporte vital recomendados por mi médico;
 - No lo sé en este momento y confío en mi Apoderado de atención de salud para que tome las decisiones de tratamiento.
-
-

IV. Otras instrucciones, información y mensajes

V. Firma y fecha

Firmo esta Voluntad personal luego de haber pensado mucho sobre mis elecciones y preferencias de atención.

Entiendo que puedo revisar, repasar y afirmar mis decisiones durante toda mi vida siempre que yo sea competente.

FIRMADO: _____ Fecha: _____

Revisado y reafirmado: _____ Fecha: _____

Personal Directive

I, _____, residing at _____, write this directive for my Health Care Agent (Agent), family, friends, doctors and care providers to inform you of my choices and preferences for care.

I have chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy. My Agent's Name & Contact Information is:

I have not chosen a Health Care Agent in a Health Care Proxy.

I. My Personal Preferences, Thoughts and Beliefs

1. Here's what is most important to me, and the things that make my life worth living:

2. If I become ill or injured and I am expected to recover, possibly to a lesser degree, here's how I define having a good quality of life. I'd like to be able to:

3. Here are my personal values, my religious or spiritual beliefs, and my cultural norms and traditions to consider when making decisions about my care (list here if any):

4. Here's what worries me most about being ill or injured; here's what would help lessen my worry:

5. If I become seriously ill or injured and I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my thoughts about prolonging my life and what treatments are acceptable and not acceptable to me:

6. Here are my thoughts about what a peaceful death looks like to me:

II. People to Inform about My Choices and Preferences

Here's a list of people to inform (i.e. family, friends, clergy, attorneys, care providers) their contact information, and the role or action I'd like each to take (if any):

III. My Medical Care: My Choices and Treatment Preferences

A. My Current Medical Condition

Here's information about my specific medical condition. Here are my preferences for medications, clinicians, treatment facilities or other care I want or do not want (if any):

B. Life-Sustaining Treatments

1. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) is a medical treatment used to restart the heartbeat and breathing when the heartbeat and breathing have stopped. My choices are:

- I do not want CPR attempted but rather, I want to allow a natural death with comfort measures;
 - I want CPR attempted unless my doctor determines any of the following: • I have an incurable illness or irreversible injury and am dying • I have no reasonable chance of survival if my heartbeat and breathing stop • I have little chance of long-term survival if my heartbeat and breathing stop and the process of resuscitation would cause significant suffering;
 - I want CPR attempted if my heartbeat and breathing stop;
 - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

2. Treatments to Prolong My Life

If I reach a point where I am not expected to recover and regain the ability to know who I am, here are my choices and preferences for life-sustaining treatment:

- I want to withhold or stop all life-sustaining treatments that are prolonging my life and permit a natural death. I understand I will continue to receive pain & comfort medicines;
 - I want all appropriate life-sustaining treatments for a short term as recommended by my doctor, until my doctor and Agent agree that such treatments are no longer helpful;
 - I want all appropriate life-sustaining treatments recommended by my doctor;
 - I do not know at this time and rely on my Health Care Agent to make care decisions.
-
-

IV. Other Instructions, Information and Personal Messages

V. Signature and Date

I sign this Personal Directive after giving much thought to my choices and preferences for care. I understand I can revise, review and affirm my decisions all through my life as long as I am competent.

SIGNED: _____ Date: _____

Reviewed and Reaffirmed _____ Date: _____