

DECLARACIÓN A FAVOR DE UNA MUERTE NATURAL

Por ley los hospitales y otras instituciones que ofrecen atención médica tienen la obligación de preguntarle a usted si ya ha firmado una directriz anticipada, un documento legal que le permite expresar sus preferencias legales sobre su tratamiento médico por adelantado. Usted tiene el derecho de firmar o no firmar la directriz anticipada. Si usted decide firmarla durante su estancia en un hospital u otra institución que ofrece atención médica, hay personal para ayudarlo/la a completar el formulario.

El documento en la página siguiente es una directriz anticipada o “Una Declaración a Favor de una Muerte Natural.” Este documento también se conoce como un Testamento Viviente y no se debe confundir con otro tipo de Testamento. Un Testamento Viviente es una declaración, cuya firma es sus preferencias sobre procedimientos que prolongan la vida artificialmente cuando la muerte es inminente.

Por favor, lea cuidadosamente el Testamento Viviente y hable sobre su contenido con su familia y su médico. Si usted decide firmar el Testamento Viviente, usted lo debe hacer en presencia de dos testigos y de un notario público. El afidávit o la declaración jurada en la parte dorsal del formulario le explica quien puede servir de testigo. Si usted es paciente en un hospital u otra institución, el personal puede hacer los arreglos de testigos y notario público respecto su firma del Testamento Viviente.

DECLARACIÓN A FAVOR DE UNA MUERTE NATURAL

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR, CONDADO DE _____

Yo, _____, Declarante, mayor de 18 años de edad y residente en y con domicilio en la ciudad de _____, condado de _____, Estado de Carolina del Sur, hago esta declaración hoy el _____, de 20_____.

Comunico de buena voluntad y voluntariamente mi deseo de que no se use ningún procedimiento para prolongar la vida artificialmente con el fin de retrasar mi muerte si padezco de una enfermedad con peligro de muerte o si pierdo mis facultades y declaro que:

Si en algún momento dos médicos, siendo uno de ellos el médico encargado de mi caso, deteminan que me queda poco tiempo de vida sin el uso de procedimientos que para prolonguen la vida artificialmente o si los médicos certifican que estoy sin conocimiento permanentemente y que el uso de procedimientos que prolongan la vida artificialmente solamenta va a postponer la muerte, deseo que se supriman o se suspendan estos procedimientos y que me permitan morir de muerte natural y solamente con el medicamento o la atención médica necesarios para darme un cuidado que asegure mi comodidad.

INSTRUCCIONES REFERENTES A LA ALIMENTACIÓN POR MEDIOS ARTIFICIALES Y A LA HIDRATACIÓN

PONGA SUS INICIALES AL LADO DE UNA DE LAS DECLARACIONES SIGUIENTES

Si la muerte es inminente en mi caso y puedo morir dentro de poco tiempo,

_____ Encargo que SE SUMINISTREN la alimentación y la hidratación incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

_____ Encargo que NO SE SUMINISTREN ni alimentos ni hidratación por medios artificiales, incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

PONGA SUS INICIALES AL LADO DE UNA DE LAS DECLARACIONES SIGUIENTES

Si puedo el control de mis facultades durante un estado vegetativo,

_____ Encargo que SE SUMINISTREN la alimentación y la hidratación por medios artificiales, incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

_____ Encargo que NO SE SUMINISTREN ni alimentos ni hidratación por medios artificiales, incluso por tubos implantados quirúrgicamente.

En caso de que yo no esté en completo dominio de mis facultades y no pueda expresar mis deseos referentes a los procedimientos de prologación de la vida artificialmente, es mi intención que mi familia, mi médico y cualquier personal médico de la institución donde yo esté ingresado/a cumplan con esta Declaración como la última expresión del derecho legal a negarme a recibir atención medica o quirúrgica, y que acepto las consecuencias de esta decisión.

Soy consciente de que esta Declaración autoriza al médico a suprimir o suspender los procedimientos de prolongación de la vida artificialmente. Estoy emocional y mentalmente, capacitado/a para hacer esta Declaración.

NOMBRAR UN AGENTE (OPCIONAL)

1. Usted puede darle a otra persona la autoridad de anular esta Declaración en su nombre. Si usted quiere, complete la información a continuación.

Nombre del agente autorizado a anular: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

2. Usted puede nombrar a otra persona para ejecutar esta Declaración en su nombre. Si usted quiere, complete la información a continuación.

Nombre del agente autorizado a ejecutar: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

ANULACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

ESTA DECLARACIÓN SE PUEDE ANULAR POR UNO DE LOS MEDIOS A CONTINUACIÓN. NO OBSTANTE, LA ANULACIÓN NO ENTRARÁ EN VIGOR HASTA QUE SE LE COMUNIQUE AL MÉDICO ENCARGADO DEL CASO.

(1) SI SE BORRA, SE ROMPE, O SE DESTRUYE COMO UNA EXPRESIÓN DE SU INTENCIÓN DE ANULAR PERSONALMENTE O POR MEDIO DE OTRA PERSONA EN PRESENCIA SUYA Y QUE ACTÚA BAJO SU DIRECCIÓN. SI SE DESTRUYE UNA U OTRAS DE LAS COPIAS MÚLTIPLES DE LAS DÉCLARACIONES ORIGINALES, SE ANULAN TODAS LAS

DÉCLARACIONES;

(2) MEDIANTE UNA ANULACIÓN ESCRITA QUE ESTE FECHADA Y FIMADA Y QUE EXPRESE SU INTENCIÓN DE ANULARLA;

(3) POR UNA EXPRESIÓN ORAL DE SU INTENCIÓN DE ANULAR LA DECLARACIÓN, UNA ANULACIÓN QUE OTRA PERSONA LE COMUNICA ORALMENTE AL MÉDICO ENCARGADO DEL CASO ENTRA EN VIGOR SOLAMENTE SI:

(A) LA PERSONA ESTABA PRESENTE CUANDO SE HIZO LA ANULACIÓN ORALMENTE;

(B) SE LE COMUNICÓ AL MÉDICO LA ANULACIÓN DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO RAZONABLE;

(C) SU CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL IMPIDEN QUE EL MÉDICO CONFIRME LA ANULACIÓN POR MEDIO DE CONVERSACIÓN. PARA QUE LA ANULACIÓN ENTRE EN VIGOR, EL TESTIMONIO ORAL DEBE INDICAR CLARAMENTE SU INTENCIÓN DE QUE LA DÉCLARACIÓN ENTRE EN VIGOR O QUE SE SUMINISTREN PROCEDIMIENTOS ARTIFICIALES DE LA VIDA;

(4) SI USTED, ANTERIORMENTE LE HA AUTORIZADO A UN AGENTE NOMBRADO EN ESTE USTED DOCUMENTO A ANULAR LA DÉCLARACIÓN, EL AGENTE PUEDE ANULARLA SOLAMENTE SI USTED ESTA INCAPACITADO/A Y NO PUEDE HACERLO.

UN AGENTE PUEDE ANULAR LA DÉCLARACIÓN PERMANENTE O TEMPORALMENTE.

(5) SI USTED HACE OTRA DÉCLARACIÓN DESPUÉS DE LA ORIGINAL.

Firma del Declarante

AFFIDÁVIT (Declaración Jurada)

ESTADO DE CAROLINA DEL SUR, CONTADO DE _____

Nostotros, _____ y _____, los testigos

suscritos a la Declaración anterior con la fecha del día _____ de _____, 20____, afirmada pro juramento pro lo menos por uno de nosotros, declaramos en presencia de las autoridades suscritas, que según nuestra información y creencia la Declaración de su deseo de tener una muerte natural fue firmada en la fecha indicada por el declarante en nuestra presencia y que, según su intención, los nombres de los testigos suscritos en la fecha indicada. Confirmamos que conocemos al declarante y que es una persona que tiene completo dominio de sus facultades. Cada uno de nosotros confirma que está capacitado para servir como testigo a esta Declaración bajo las provisiones del Decreto de la Muerte con Dignidad de Carolina del Sur y que no es pariente consanguíneo, político, adoptivo, por antepasados, ni descendiente de los padres del declarante, ni su esposo/a, ni está directamente a cargo de gastos médicos; ni tiene derecho a ninguna parte de los bienes que el declarante deje al morir, ni por el contenido de su testamento ni por ser heredero ni por ser el beneficiario de una póliza de seguro del declarante; que no es el médico del declarante; ni tiene actualmente una reclamación contra los bienes del declarante; No más de uno de nosotros es empleado de la institución médica donde el paciente está ingresado. Si el declarante es residente en un hospital, o asilo en la fecha de ejecución de la Declaración, por lo menos uno de nosotros es un mediador de interés público nombrado por la oficina del Gobernador.

Testigo

Testigo

Suscrito en mi presencia por _____, el/la Declarante, y

suscrito y jurado in mi presencia por _____ el/la testigo/a este

_____ día de _____, 20_____.

(Sello de notario)

Firma del Notario

Notario Público de: _____

Mi comisión expira: _____

Este documento ha sido traducido por Lizette Mujica Laughlin y María Zabala, Departamento de Español, Italiano y Portugues, Universidad de Carolina del Sur, Columbia, Carolina del Sur.

ODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

(Formulario Estatutario para Carolina del Sur, Código Legal, Sección 62-5-504)

INFORMACIÓN ACERCA DE ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante. Antes de firmar este documento, debe conocer estos datos importantes:

1. Este documento da a la persona que nombre como su representante la facultad de tomar decisiones de atención médica para usted, en caso de no poder hacerlo por sí mismo. Este poder incluye la facultad de tomar decisiones acerca del tratamiento para mantener la vida. A menos que se estipule lo contrario, su representante tendrá la misma autoridad que usted para tomar decisiones acerca de su atención médica.
2. Este poder está sujeto a todas las limitaciones o declaraciones de sus deseos que incluya en este documento. En este documento, puede estipular cualquier tratamiento que no desee o que quiera recibir. Su representante estará obligado a seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. Si necesita más espacio para completar la declaración, puede adjuntar páginas adicionales.
3. Después de haber firmado este documento, tiene el derecho a tomar decisiones de atención médica si está mentalmente capacitado para hacerlo. Después de haber firmado este documento, no se podrá administrar ni detener ningún tratamiento en contra de su voluntad, si está mentalmente capacitado para tomar esa decisión.
4. Tiene el derecho a revocar este documento y dar término a la autoridad de su representante, informando a su representante o a su proveedor de atención de salud en forma oral o escrita.
5. Si hay alguna parte de este documento que no entienda, debe pedir que se la explique un trabajador social, abogado u otra persona.
6. Este poder legal no será válido a menos que dos personas firmen como testigos. Cada una de ellas debe ser testigo de su firma del poder legal o de su reconocimiento de que la firma colocada en el poder legal le pertenece.

Las siguientes personas no pueden actuar como testigos:

- A. Su cónyuge, sus hijos, nietos y otros descendientes directos, sus padres, abuelos y otros familiares directos; sus hermanos y sus descendientes directos; o el cónyuge de cualquiera de estas personas.
- B. Una persona que sea directamente responsable del pago de su atención médica.
- C. Una persona que aparezca nombrada en su testamento o, si no tiene testamento, alguien que heredaría su propiedad a través de una sucesión intestada.
- D. Un beneficiario de una póliza de seguros de vida que le pertenezca.
- E. Las personas nombradas en el Poder Legal para Atención Médica como su representante o representante sucesor.
- F. Su médico o un empleado de su médico.
- G. Cualquier persona que tenga un reclamo de cualquier parte de sus bienes (personas a las cuales les debe dinero).

Si usted es un paciente de un establecimiento de atención médica, sólo puede haber un testigo proveniente de ese establecimiento.

7. Su representante debe ser una persona de 18 años o mayor que se encuentre en su sano juicio. No puede ser su doctor ni cualquier otro proveedor de atención de salud que le esté proporcionando tratamiento, ni un empleado de su doctor o proveedor o el cónyuge del doctor, proveedor o empleado, a menos que esa persona sea pariente suyo.
8. Deberá informar a la persona que usted desea que ella sea su representante para la atención médica. Debe discutir este documento con su representante y su médico y dar a cada uno una copia firmada. Si se encuentra en un establecimiento de atención médica o una instalación de enfermería, se incluirá una copia de este documento en su expediente médico.

PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

1. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, por la presente nombro a:
(Autorizante)

(Nombre del representante voluntario) _____

(Dirección del representante voluntario) _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Como mi representante voluntario, para tomar decisiones en mi nombre respecto a mi atención médica, tal como lo autoriza este documento.

Representante sucesor: si el agente nombrado fallece, se vuelve legalmente discapacitado, renuncia, se rehúsa a actuar, se encuentra indisponible o un agente que es mi esposo/a se divorcia o separa de mi, yo nombro al siguiente como mi sucesor, cada uno debe de actuar solo y en forma sucesiva, en el orden nombrado:

a. Primer representante voluntario alternativo:

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

b. Segundo representante voluntario:

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Indisponibilidad del representante voluntario (s): Si en un momento relevante un representante o sucesor nombrado no está disponible o no quiere tomar la decisión concerniente a mi cuidado de salud y dichas decisiones deben de ser tomadas por mi tutor, por el procedimiento en el tribunal, o por el suplente de acuerdo con The Adult Health Care Consent Act, es mi intención que el tutor, procedimiento en el tribunal o suplente haga dichas decisiones de acuerdo a mis instrucciones como son explicadas en este documento.

2. FECHA DE VIGENCIA Y DURACIÓN

Por medio de la presente, establezco un poder legal duradero, que entrará en vigencia, y sólo se mantendrá vigente en cualquier período de incapacidad mental, a excepción como es proveído en el párrafo 3.

3. AUTORIZACIÓN DE HIPPA

Cuando se considere o haga decisiones sobre el cuidado de mi salud, toda la información de salud individual identificable y documentos médicos deben de ser facilitados sin restricción a mi representante(s) de cuidado de salud y/o a mi representante(s) alterno(s) nombrado anteriormente,

incluyendo pero no limitado a, (i) diagnóstico, tratamiento, u otro cuidado de salud y con relación a archivos de seguros y financieros e información presente, pasada o futura asociada con cualquier condición de salud mental o física, incluyendo, pero no limitada a diagnósticos o tratamientos de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales y/o abuso de alcohol o drogas y (ii) cualquier opinión por escrito relacionada a mi salud, que dicho representante(s) y/o representante(s) de salud alterno pueda solicitar. Sin limitar la generalidad de lo antes mencionado, esta facilitación de documentos aplica a toda la información de salud y de archivos médicos gobernados por The Health Information Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA por sus siglas en inglés), 42 USC 1320d y 45 CFR 160-164; es efectiva ya sea que esté o no esté mentalmente competente; no tiene fecha de expiración y debe de ser terminado solamente si yo revoco la autoridad por escrito y lo entrego a mi proveedor de cuidado de salud.

4. FACULTADES DEL REPRESENTANTE

Concedo a mi representante la autoridad completa para tomar decisiones en mi nombre con relación a mi atención médica. Al ejercer esta autoridad, mi representante deberá respetar mis deseos, de la forma en que se estipulan en este documento o según hayan sido expresados por mí de cualquier otra manera o conocidos por mi representante. Antes de tomar cualquier decisión, mi representante intentará discutir conmigo la determinación propuesta para constatar que ese es mi deseo, en caso de que sea capaz de comunicarme de alguna forma. Si mi representante no puede definir lo que yo deseo, deberá elegir por mí basándose en lo que, a su juicio, resultaría más beneficioso para mi persona. Se pretende que mi representante tenga la autoridad más amplia posible para interpretar mis deseos, a excepción de cualquier limitación que yo estipule más adelante en este documento.

De este modo, a menos que exista una limitación específica por la provisión descrita a continuación, mi representante está autorizado como se describe a continuación:

A. Dar su consentimiento, negar o retirar su consentimiento para cualquier o todos los tipos de atención médica, tratamiento, procedimiento quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, administración de medicamentos y uso de procedimientos mecánicos o de otro tipo que afecten alguna función corporal, entre los que se incluye, pero no se limita a, respiración artificial, apoyo nutricional e hidratación y resucitación cardiopulmonar.

B. Autorizar, o negarse a autorizar, la aplicación de cualquier medicamento o procedimiento destinado a aliviar el dolor, aun cuando esa decisión pueda producir un daño físico, una adicción o acelere el momento de la muerte, aunque no la cause deliberadamente.

C. Autorizar mi admisión o alta, incluso en contra de la recomendación del médico, de cualquier hospital, centro de enfermería especializada o servicio o instalación similar.

D. Tomar cualquier otra medida que sea necesaria para realizar, documentar y asegurar la aplicación de las decisiones relativas a mi atención médica, lo que incluye, pero no se limita a, otorgar cualquier renuncia o exención de responsabilidad requerida por cualquier hospital, médico, enfermera especializada u otro proveedor de atención de salud; firmar cualquier documento relacionado con la negación de tratamiento o alta de una instalación en contra de las recomendaciones del médico y tomar cualquier acción legal en mi nombre y a costo de mi patrimonio para obligar a cumplir mis deseos, como lo determine mi representante, o para solicitar la compensación por daños efectivos o punitivos si éstos no se cumplen.

E. Las facultades otorgadas anteriormente no incluyen las siguientes facultades o están sujetas a las siguientes reglas o limitaciones:

5. DONACIÓN DE ÓRGANOS (ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA DE LAS OPCIONES)

Mi representante puede _____; no puede _____ dar su consentimiento para la donación de cualquier o todos mis tejidos u órganos para trasplante.

6. EFECTO SOBRE LA DECLARACIÓN DE DESEO DE MUERTE NATURAL (TESTAMENTO EN VIDA)

Entiendo que si cuento con una Declaración de Deseo de Muerte Natural, las instrucciones de dicha Declaración serán efectivas en cualquier situación en que sean aplicables. Mi representante tendrá la autoridad de tomar decisiones relativas a mi atención médica sólo en aquellas situaciones en que la Declaración no se pueda aplicar.

7. DECLARACIÓN DE DESEOS Y CLÁUSULAS ESPECIALES

Con respecto a cualquier Tratamiento para mantener la vida, personalmente ordeno lo siguiente:

(ESCRIBA SUS INICIALES EN UNO DE LOS SIGUIENTES CUATRO PÁRRAFOS)

(1) _____ FACULTAD DE DISCRECIÓN DEL REPRESENTANTE. No deseo que se prolongue mi vida ni deseo que se me aplique o continúe aplicando un tratamiento para mantener la vida si mi representante considera que las consecuencias del tratamiento son mayores que los beneficios esperados. Al momento de tomar decisiones respecto a un tratamiento para mantener la vida, advierto a mi representante que considere el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, los gastos derivados y la calidad, como también la posible prolongación, de mi vida.

O

(2) _____ INSTRUCCIÓN PARA RECHAZAR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO. No deseo que se prolongue mi vida y no deseo tratamiento para mantener la vida:

a. Si padezco una enfermedad incurable o irreversible y, de no aplicarse procedimientos para mantener la vida, se espera que fallezca dentro de un período relativamente corto.

b. Si permanezco en un estado de inconsciencia permanente.

O

(3) _____ INSTRUCCIÓN PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO MÁXIMO. Deseo que se prolongue mi vida al máximo, dentro de las normas aceptadas por la práctica médica, independientemente de mi condición, mis oportunidades de recuperación o el costo de los procedimientos.

8. DECLARACIÓN DE DESEO CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN POR SONDA

Con respecto a la nutrición e hidratación proporcionadas a través de una sonda nasogástrica o una sonda al estómago, intestinos o venas, deseo establecer claramente que, en situaciones en que tratamientos para mantener la vida ha empezado a ser retenida o retirada según punto 7, (COLOQUE SUS INICIALES SÓLO EN UNA ALTERNATIVA)

(a) _____ OTORGO LA DISCRECIÓN AL REPRESENTANTE, si mi representante considera que la alimentación por tubos sobre pasa los beneficios, no deseo que mi vida sea prolongada por medio de alimentación por tubo. Yo quiero que mi agente considere al hacer esta decisión, el alivio del sufrimiento, mis creencias personales, el costo que conlleva y la calidad, así como la posible extensión de mi vida.

O

(b) _____ INSTRUCCIONES SOBRE MANTENER O RETIRAR LA ALIMENTACIÓN POR TUBO. Yo no quiero que mi vida sea prolongada por medio de alimentación por tubo.

O

(c) INSTRUCCIONES PARA PROVEER LA ALIEMTACIÓN POR TUBO. Yo quiero que la alimentación por tubo sea dada según los estándares de la práctica médica, sin importar mi condición, las posibilidades que tenga de recuperarme o el costo del procedimiento y sin importar que otras formas de tratamiento para mantener la vida hayan empezado a usarse o retirarse.

SI NO COLOCA SUS INICIALES EN NINGUNO DE LOS PUNTOS DE LA PARTE 8, SU REPRESENTANTE NO TENDRÁ LA AUTORIDAD PARA INDICAR QUE SE RETIREN LAS SONDAS DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN NECESARIAS PARA SU ATENCIÓN CUIDADO O ALIVIO DEL DOLOR.

9. PROVICIONES ADMINISTRATIVAS

A. yo revoco cualquier previo poder de cuidado de salud y cualquier provisión relacionada al cuidado de salud de cualquier poder de cuidado de salud anterior.

B. Este poder de salud está previsto para ser valedero en cualquier jurisdicción donde sea presentado.

MI FIRMA EN ESTE DOCUMENTO INDICA QUE ENTIENDO LOS CONTENIDOS DE ESTE DOCUMENTO Y LOS EFECTOS DE CONCEDER EL PODER A MI REPRESENTANTE.

Yo estoy firmando el poder para el cuidado de mi salud el día _____ de _____ de _____. Mi dirección actual es:

Firma del autorizante: _____

Nombre del autorizante: _____

Yo declaro, basado en información y convencimiento, que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento (autorizante), que ella/él firmó o reconoció este Poder Legal de Atención Médica en mi presencia y que parece estar en su sano juicio y bajo ninguna coerción, engaño o

influencia indebida. No tengo relación de sangre, matrimonio ni adopción con el poderdante, ni tampoco soy su cónyuge, familiar directo, descendiente de sus padres, ni cónyuge de ninguno de ellos. No soy responsable directo del pago de su atención médica. No soy el titular de ninguna parte de los bienes del autorizante después de su muerte, ya sea a través de un testamento o como heredero de una sucesión intestada, no soy beneficiario de una póliza de seguros que cubra la vida de éste, ni tengo ningún reclamo de sus bienes en este momento. No soy el médico que está a cargo del autorizante, ni un empleado de los médicos tratantes. Sólo un testigo es un empleado del establecimiento de salud del cual el autorizante es paciente. No estoy designado como el Representante para la Atención Médica ni Representante para la Atención Médica Sucesor mediante este documento.

Testigo número 1:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Teléfono: _____

Dirección del domicilio: _____

Testigo número 2:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Teléfono: _____

Dirección del domicilio: _____

(Esta porción del documento es opcional y no necesita crear un poder legal para atención médica)

ESTADO DE SOUTH CAROLINA

CONDADO DE _____

Este instrumento que precede fue reconocido ante mí por el autorizante
el _____ de _____ de 20____.

Notario público de South Carolina _____

Mi nombramiento expira: _____