

Declaración referente al poder médico

Ley de Directivas Anticipadas (ver §166.163, del Código de Salud y Seguridad)

Éste es un documento legal importante. Antes de firmar este documento debe saber esta información importante:

Salvo los límites que usted imponga, este documento le da a la persona que usted nombre como su agente la autoridad de tomar, en su nombre, y cuando usted ya no esté en capacidad de tomarlas por su propia cuenta, todas y cada una de las decisiones referentes a la atención médica conforme con sus deseos y teniendo en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puesto que "atención médica" se refiere a cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para controlar, diagnosticar o tratar cualquier padecimiento físico o mental, su agente tiene el poder de tomar, en su nombre, decisiones sobre una amplia gama de opciones médicas. Su agente puede dar consentimiento, negar consentimiento o retirar el consentimiento para recibir tratamiento médico y puede decidir si suspender o no dar tratamiento para prolongar la vida. Su agente no puede autorizar su ingreso voluntario a un hospital para recibir servicios de salud mental, ni que le den tratamiento convulsivo, psicocirugía o un aborto. El doctor deberá seguir las instrucciones de su agente o permitir que se le cambie a usted de doctor.

La autoridad de su agente comenzará cuando su doctor certifique que usted no está en capacidad de tomar decisiones de carácter médico.

Su agente tiene la obligación de seguir sus instrucciones cuando tome decisiones en su nombre. A menos que usted especifique lo contrario, su agente tiene la misma autoridad que usted tendría para tomar decisiones sobre su atención médica.

Antes de firmar este documento, es muy importante que hable sobre éste con el doctor o con cualquier proveedor médico para asegurarse de que entienda la naturaleza y los límites de las decisiones que se tomarán en su nombre. Si no tiene un doctor, debe hablar con alguien más que sepa de estos asuntos y pueda contestar sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para hacer este documento, pero si hay algo en este documento que usted no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted nombre como su agente debe ser alguien conocido y de su confianza. Debe ser mayor de 18 años, o puede ser menor de 18 años si se le ha retirado la incapacidad de minoría de edad. Si usted nombra al proveedor de atención médica o terapeuta (por ejemplo, su doctor o un empleado del centro de salud, hospital, casa para convalecientes o centro de tratamiento terapéutico, que no sea un pariente) esa persona tiene que escoger entre ser su agente o ser su proveedor de atención médica o terapeuta; conforme con la ley, una misma persona no puede desempeñar las dos funciones a la vez.

Debe informarle a la persona que usted escoja que quiere que ella sea su agente de atención médica. Usted debe hablar sobre este documento con su agente y con su doctor y darle a cada uno de ellos una copia firmada. Usted debe escribir en el documento el nombre de las personas e instituciones a quienes ha dado copias firmadas. Su agente no puede ser enjuiciado por las decisiones sobre atención médica tomadas de buena fe en su nombre.

Aun después de firmar este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones de atención médica mientras esté en capacidad de hacerlo y no se le puede administrar o detener un tratamiento si usted se opone. Tiene derecho de revocar la autoridad otorgada a su agente informándole a su agente o a su proveedor de atención médica o terapeuta, oralmente o por

escrito, y firmando un nuevo poder médico. A menos que indique lo contrario, el nombramiento de su cónyuge como su agente se disuelve en el caso de que usted se divorcie.

Este documento no se puede modificar o cambiar. Si quiere hacer algún cambio, tiene que hacer un documento nuevo.

Es aconsejable que nombre a un tercer agente en caso de que su agente no quiera, no pueda o esté incapacitado para actuar como su agente. Cualquier agente alterno que usted nombre tendrá la misma autoridad de tomar decisiones de atención médica en su nombre.

Este poder no tiene validez a menos que se firme en presencia de dos testigos adultos hábiles.

Las siguientes personas no pueden actuar como UNO de los testigos:

- la persona que usted ha nombrado como su agente;
- una persona que es su pariente por sangre o matrimonio;
- una persona que, después de su muerte, tenga derecho a cualquier porción de su sucesión de acuerdo con su testamento o con una adición a su testamento firmado por usted o que tenga derecho a ésta por efecto legal;
- el doctor que lo atiende;
- un empleado del doctor que lo atiende;
- un empleado de un centro de atención médica del cual usted es paciente si el empleado le está prestando servicios directamente a usted o es un funcionario, director, socio o empleado de las oficinas del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica; o
- una persona que, en el momento de firmar este poder, pueda reclamar cualquier porción de su sucesión después de su muerte.

Poder médico

Ley de Directivas Anticipadas (ver §166. 164, del Código de Salud y Seguridad)

Nombramiento de un agente de atención médica:

Yo, _____ (escriba su nombre) nombro a:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

como mi agente para que tome todas y cada una de las decisiones sobre atención médica por mí, a menos que yo diga lo contrario en este documento. Este poder médico entra en vigor si yo no tengo capacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica y mi doctor certifica este hecho por escrito.

La autoridad de mi agente médico para tomar decisiones tendrá las siguientes limitaciones:

Nombramiento de un agente alterno:

(Usted no tiene que nombrar a un agente alterno, pero si quiere puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones médicas que tomaría el agente designado si el agente designado no puede o no quiere hacer las veces de agente. Si el agente designado es su cónyuge, el nombramiento se revoca automáticamente por ley si su matrimonio se disuelve).

Si la persona designada como mi agente no es capaz o no está dispuesta a tomar decisiones médicas por mí, nombro a las siguientes personas, para que hagan las veces de agente para tomar decisiones de tipo médico conforme yo las autorice por medio de este documento. Lo harán en el siguiente orden:

Primer Agente Alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Segundo Agente Alterno

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

El original de este documento se mantendrá en:

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Duración

Comprendo que este poder existirá indefinidamente a partir de la fecha en que se firma el documento a menos que yo establezca un término más corto o lo revoque. Si no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas por mi propia cuenta cuando este poder se venza, la autoridad que le he dado a mi agente seguirá en vigor hasta que yo pueda volver a tomar decisiones por mí mismo.

(Si aplica) Este poder se vencerá en la siguiente fecha: _____

Revocación de nombramientos anteriores

Revoco cualquier poder médico anterior.

Acuse de recibo de la Declaración

Me dieron la declaración en la que se explica las consecuencias de este documento. La leí y la entiendo.

(Tiene que escribir la fecha y firmar este poder)

Firmo mi nombre en este poder médico el _____ de _____ (mes) de _____
(año) en

(Ciudad y Estado)

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

Declaración del primer testigo

No soy la persona designada como agente por medio de este documento. No soy pariente del poderante ni por sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la sucesión del poderante después de su fallecimiento. No soy el médico tratante del poderante ni estoy empleado por el médico tratante. No tengo ningún derecho sobre ninguna porción de la sucesión del poderante después de su fallecimiento. Además, si trabajo en el centro de atención médica

donde es paciente el poderante, no tengo que ver con el cuidado directo del poderante y no soy funcionario, director, socio, ni empleado de la oficina del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Firma del segundo testigo

Firma: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Directiva a los médicos y a familiares o sustitutos

Ley de Directivas Anticipadas (ver §166.033, del Código de Salud y Seguridad)

Éste es un documento legal importante conocido como Directiva Anticipada.

Su función es ayudar a comunicar sus deseos relacionados con el tratamiento médico para un momento futuro cuando no esté en capacidad de hacer conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos se basan generalmente en sus valores personales. En particular, querrá considerar qué nivel o dificultades de tratamiento está dispuesto a soportar a cambio del beneficio que obtendría en caso de estar gravemente enfermo.

Se le sugiere que hable sobre sus valores y deseos con su familia y con la persona escogida como su agente, lo mismo que con su doctor. El doctor, otro proveedor médico o una institución médica pueden ofrecerle algunos recursos para ayudarle a completar la directiva anticipada. A continuación se dan unas definiciones breves que le podrán ayudar en sus discusiones y en la planeación. Escriba sus iniciales al lado de las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Dele una copia de su directiva a su doctor, a su hospital de costumbre, a sus parientes y a su agente. Haga una revisión periódica del documento. Mediante la revisión periódica, puede asegurar que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva anticipada, la ley de Texas estipula otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes en caso de una enfermedad grave. Estas son: el Poder médico y la Orden de no revivir fuera del hospital. Debe hablar sobre estos con el doctor, su familia, un representante del hospital o con otros consejeros. También es posible que desee llenar una directiva relacionada con la donación de órganos y tejidos.

Directiva

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi doctor. Juntos, mi doctor y yo tomaremos las decisiones médicas mientras yo esté en condiciones mentales de hacer conocer mis deseos. Si en algún momento yo no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas respecto a mi salud debido a una enfermedad o lesión, ordeno que se respeten las siguientes preferencias respecto al tratamiento:

Si, a juicio de mi doctor, estoy padeciendo de una enfermedad terminal de la que se espera moriré dentro de los seis meses, incluso con tratamientos disponibles para prolongar la vida, suministrado de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

___ Yo pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

___ Yo pido que me mantengan con vida en esta situación terminal usando los tratamientos disponibles para prolongar la vida. **(Esta preferencia no se aplica al cuidado de hospicio).**

Si, a juicio de mi doctor, estoy sufriendo de un padecimiento irreversible, que no permitirá que me atienda yo mismo ni que tome decisiones por mí mismo y se espera que moriré si no me suministran tratamientos para prolongar la vida de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

___ Yo pido que no me den o me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

___ Yo pido que me mantengan con vida en esta situación irreversible usando tratamientos disponibles para prolongar la vida. **(Esta preferencia no se aplica al cuidado de hospicio).**

Peticiones adicionales: (Después de consultarle al doctor, usted querrá escribir algunos tratamientos en el espacio disponible que usted quiera o no quiera que se le den bajo circunstancias específicas, como la nutrición artificial y los líquidos, los antibióticos por vía intravenosa, etc. Asegúrese de anotar si quiere o no quiere el tratamiento en particular).

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos cuidado de hospicio, entiendo y estoy de acuerdo en que me den solamente aquellos tratamientos para mantenerme cómodo y que no me den los tratamientos disponibles para prolongar la vida.

Si **no** tengo un poder para la atención médica, y no puedo dar a conocer mis deseos, designo a las siguientes personas para que tomen decisiones con mi doctor que sean compatibles con mis valores personales:

1. _____

2. _____

(Si usted ya ha firmado un poder médico, entonces ya habrá nombrado a un agente y no deberá anotar otros nombres en este documento).

Si las personas nombradas antes no están disponibles, o si no hay un vocero designado, comprendo que se escogerá un vocero para mí, siguiendo las pautas especificadas por la ley de Texas.

Si, a juicio de mi doctor, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, a pesar de que me den todo tratamiento médico disponible suministrado dentro de las pautas de atención actuales, autorizo que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo. Comprendo que bajo la ley de Texas esta directiva no tiene efecto si se ha diagnosticado que estoy embarazada. Esta directiva seguirá en efecto hasta que yo la revoque. Nadie más puede hacerlo.

Firmado _____ Fecha _____

Ciudad, condado y estado de domicilio

Dos testigos tienen que firmar en los espacios siguientes.

Dos testigos adultos hábiles tienen que firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado **Testigo (1)** no puede ser una de las personas designadas para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento para el paciente y no puede estar relacionado con el declarante por sangre o por matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la sucesión y no puede tener un reclamo en contra de la sucesión del paciente. Este

testigo no puede ser el médico que lo atiende ni un empleado del médico que lo atiende. Si el testigo es empleado del centro de salud en el cual se cuida al paciente, este testigo no puede estar directamente involucrado en el suministro de atención al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio o empleado de la oficina del centro de atención médica donde se atiende al paciente o de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Testigo (1)_____

Testigo (2)_____

Definiciones:

"Nutrición e hidratación artificial" quiere decir el suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda puesta en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tracto gastrointestinal).

"Padecimiento irreversible" quiere decir un padecimiento, lesión o enfermedad:

- a. que se puede tratar, pero que nunca sana;
- b. que deja a la persona incapaz de cuidarse o tomar decisiones por ella misma, y
- c. que sin el tratamiento para prolongar la vida, suministrado conforme con las normas actuales de atención médica, podría ser fatal.

Explicación: muchas enfermedades graves como el cáncer, la insuficiencia de cualquier órgano vital (el riñón, el corazón, el hígado o el pulmón) y una enfermedad del cerebro grave, como la demencia de Alzheimer, se pueden considerar irreversibles desde muy temprano. No hay curación, pero el paciente puede mantenerse con vida por periodos prolongados de tiempo si recibe tratamientos para prolongar la vida. Más tarde durante la misma enfermedad, ésta se puede considerar terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera. Usted deberá considerar qué niveles de tratamiento está dispuesto a soportar para lograr un resultado particular. Ésta es una decisión muy personal que usted deberá discutir con el doctor, la familia u otras personas importantes en su vida.

*Tratamiento para prolongar la vida" quiere decir un tratamiento que, a juicio médico, preserva la vida de un paciente y sin el cual el paciente moriría. El término se refiere a medicamentos para preservar la vida y a medios artificiales para mantener la vida como los respiradores mecánicos, el tratamiento de diálisis del riñón, la hidratación y la nutrición artificial. El término no se refiere a la administración de medicamentos para el dolor, la ejecución de un procedimiento quirúrgico necesario para suministrar comodidad ni ningún otro servicio médico ofrecido para aliviar el dolor del paciente.

"Padecimiento terminal" quiere decir una enfermedad incurable causada por lesión, enfermedad o dolencia que a juicio médico produciría la muerte dentro de unos seis meses, incluso con el tratamiento disponible para prolongar la vida suministrado de acuerdo con las normas de atención médica actuales.

Explicación: muchas enfermedades graves se pueden considerar irreversibles desde muy temprano en la evolución de la enfermedad, pero no se considera terminal hasta que la enfermedad ha avanzado bastante. Al pensar en una enfermedad terminal y su tratamiento, deberá considerar los beneficios y las dificultades relacionados con el tratamiento y discutirlos con el doctor, la familia u otras personas importantes en su vida.

INSTRUCCIONES DE NO-RESUCITAR FUERA DEL HOSPITAL

PROPÓSITO:

Esta forma fue diseñada para cumplir con los requisitos establecidos en el Capítulo 166 del Código de Salubridad y Seguridad (*H&SC*) relacionados con la expedición de la orden de No-resucitar fuera del hospital con el propósito de dar instrucciones al personal médico de emergencias y a otros profesionales de la atención médica de no intentar la resucitación y de permitirle al paciente morir naturalmente en paz y con dignidad. Esta orden NO afecta la prestación de otros tipos de atención de emergencia, incluso la atención provista para la comodidad del paciente.

APLICABILIDAD:

Esta forma se aplica a todos los profesionales de atención médica que trabajan en cualquier lugar fuera del hospital, incluso los departamentos de pacientes externos y de emergencias de hospitales y los consultorios médicos.

IMPLEMENTACIÓN:

Un adulto competente puede formalizar o extender una orden de No-resucitar. El doctor encargado del paciente documentará la existencia de dicha instrucción en el expediente médico permanente del paciente.

Si un paciente adulto es capaz de dar su consentimiento informado para la orden, éste firmará y fechará la orden de No-resucitar en el frente de esta página en el cuadro A. En caso de que el paciente no pueda dar su consentimiento informado, su tutor legal, su representante bajo el poder para la atención médica o un pariente autorizado puede firmar y fechar la forma en el cuadro B. Si el paciente adulto no es capaz de dar su consentimiento informado y ninguna de las personas mencionadas en el cuadro B está disponible, el doctor encargado puede formalizar la orden usando el cuadro D con el consentimiento de un segundo doctor que no esté atendiendo al paciente y que no sea miembro del comité de ética del centro de atención médica o de algún otro comité médico.

Las siguientes personas pueden formalizar una orden de No-resucitar en nombre de un menor: los padres del menor, el tutor legal del menor o el tutor principal. La persona que formaliza una orden de No-resucitar en nombre de un menor puede hacerlo firmando y fechando la forma en el cuadro C. **No se puede formalizar una orden de no-resucitar fuera del hospital a menos que un doctor le haya diagnosticado al menor un padecimiento terminal o irreversible.**

Dos testigos deben firmar y fechar la forma excepto cuando la formalicen solamente dos doctores (cuadro D).

La forma original estándar de No-resucitar fuera del hospital de Texas debe llenarse y formalizarse debidamente. El paciente, la organización del proveedor de atención médica o el doctor encargado puede hacer duplicados si es necesario. Las copias de este documento pueden usarse para cualquier propósito que se use el original y los profesionales de atención médica que lo atiendan deben hacerlas cumplir.

La presencia de un identificador de No-resucitar de Texas en una persona es suficiente prueba de que la persona tiene una orden válida de No-resucitar fuera del hospital. Por lo tanto, la forma original estándar, una copia de la forma estándar o el identificador es suficiente prueba de que existe una orden.

Para información sobre cómo obtener un identificador o formas adicionales, póngase en contacto con el Departamento Estatal de Servicios de Salud al (512) 834-6700.

REVOCACIÓN:

El paciente **O** el tutor legal del paciente, el representante autorizado, el tutor principal, el pariente autorizado, uno de los padres (si el paciente es menor de edad) o el doctor que formalizó la orden de No-resucitar fuera del hospital puede revocarla en CUALQUIER momento. La revocación puede implicar informar a los profesionales de atención médica que atienden al paciente, destruir la forma o quitar todos los identificadores de No-resucitar que lleve el paciente.

REVOCACIÓN AUTOMÁTICA:

Esta orden de No-resucitar fuera del hospital se anula automáticamente si se sabe que la paciente está embarazada o si las circunstancias son fuera de lo normal o sospechosas.

DEFINICIONES:

Doctor encargado:

El doctor seleccionado por el paciente o asignado al paciente que tiene la responsabilidad principal del tratamiento y atención médica de una persona y que tiene una licencia de la Junta de Examinadores Médicos de Texas, o que cuenta con las credenciales apropiadas, desempeña un grado de oficial en el servicio militar de Estados Unidos y participa en el servicio activo del estado. [H&SC 166.002 (3) y (12)]

Pariente autorizado:

Las personas autorizadas para formalizar o extender una orden de No-resucitar fuera del hospital en nombre de una persona incompetente, en un estado comatoso o de otra forma incapaz física o mentalmente de comunicarse, bajo la Sección 166.088 del Código de Salubridad y Seguridad que se refiere a la Sección 166.039; “Una persona, de estar disponible, de alguna de las siguientes categorías, en el siguiente orden de prioridad...: (1) el cónyuge del paciente; (2) alguno de los hijos adultos del paciente que esté razonablemente disponible; (3) los padres del paciente; ó (4) el pariente más cercano vivo del paciente”.

Profesional de atención médica

Significa doctores, enfermeros, asistentes médicos y personal de servicios médicos de emergencia; y a menos que el contexto indique otra cosa, se refiere al personal del departamento de emergencias del hospital. [H&SC 166.081 (5)]

Testigos:

Dos testigos adultos competentes deben firmar la forma para confirmar la firma del paciente o de la persona que actúa en nombre del paciente (excepto cuando firmen dos doctores en la sección C). El primer testigo debe cumplir con los siguientes requisitos. El segundo testigo puede ser cualquier adulto competente. El primer testigo (el testigo “que llena los requisitos”) no puede: (1) ser la persona designada para tomar decisiones sobre el tratamiento del paciente; (2) estar relacionado con el paciente por sangre o matrimonio; (3) tener derecho a alguna parte de la herencia; (4) ser una persona que haya puesto una demanda contra la herencia del paciente; (5) ser el doctor encargado o un empleado del doctor encargado; (6) ser un empleado del centro de atención médica donde se atiende al paciente, si le ofrece atención médica directamente al paciente; ó (7) ser un funcionario, director, socio o empleado de una oficina de negocios de un centro de atención médica donde se atiende al paciente o cualquier organización matriz del centro de atención médica.

Favor de avisar sobre cualquier problema relacionado con esta forma al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas al (512) 834-6700.

Revisado: 21 de enero de 2005
Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

Form Made Fillable by eForms