

Instrucciones por anticipado – Advance Directives - Spanish ***La importancia de explicar su voluntad – Making Your Wishes Known***

Es de vital importancia para los proveedores de cuidados médicos a su cargo y para los familiares suyos saber qué es lo más importante para usted y así poder cumplir sus deseos. Las **Instrucciones por anticipado** son una guía para que otras personas tomen decisiones médicas sobre usted si usted se viera imposibilitado de expresarlas por sí mismo. Este paquete contiene información general y la planilla que debe de completar para dar las Instrucciones por anticipado, que incluye un formulario de Asignación de un sustituto para el cuidado de su salud y un testamento vital.

¿Qué debo de hacer cuando termine de rellenar el formulario de Instrucciones por anticipado?

- Es muy importante que usted hable de sus deseos sobre su cuidado médico con el sustituto que va a tomar decisiones sobre la salud suya, con su familia y con los proveedores de cuidados médicos para que estos puedan cumplir sus deseos.
- Entrégueles copias de este formulario a su sustituto, sus doctores, enfermeros, cuidadores, familiares y amistades, según sea apropiado.
- Conserve usted una copia que otra persona pueda encontrar fácilmente.
- Considere la posibilidad de revisar estos formularios cada cierto tiempo y si surgiera cualquier evento importante de salud, porque puede que desee hacer cambios.

¿Y si cambio de manera de pensar?

- Usted puede cambiar de manera de pensar en cualquier momento.
- Los deseos que usted exprese verbalmente se tienen que cumplir aun si son diferentes a los que reflejan los formularios.
- Si cambia de manera de pensar sobre sus deseos y necesita actualizar al sustituto que va a tomar decisiones sobre su salud, es mejor que llene un formulario nuevo para el equipo médico.

Por favor, hable con su doctor, consejero religioso o abogado si tiene alguna otra pregunta.

El **Sustituto que va a tomar decisiones sobre la salud suya** es alguien en quien usted confía y que usted ha nombrado para tomar decisiones médicas si usted está muy enfermo para tomarlas por sí mismo, o si usted sí puede tomar decisiones pero prefiere que su sustituto tome las decisiones en su nombre. Su sustituto para este fin debe de tomar las decisiones basándose en el testamento vital suyo. En algunos casos, se le pedirá al sustituto que tome decisiones de acuerdo a lo que sea mejor para usted. Con frecuencia, los miembros de la familia son una buena opción, pero no siempre.

Al escoger al sustituto para tomar decisiones sobre la salud suya debe considerar:

- Que la persona tenga 18 años de edad o más y sea capaz para tomar decisiones.
- Que sea alguien que comprenda sus valores personales, sociales y espirituales y que va a defenderle a usted.
- Que sea alguien que va a cumplir y defender los deseos de usted aunque estos sean diferentes a los de él/ella.
- Que sea alguien que va a estar disponible y puede trabajar bien con el equipo médico.
- Que sea alguien que puede manejar situaciones familiares estresantes.

¿Qué sucede si no escojo un sustituto que tome decisiones sobre mi salud?

Si usted se encontrara muy enfermo para tomar sus propias decisiones y no ha nombrado un sustituto para este fin, su familiar más cercano será el que tome las decisiones, que van a incluir los siguiente, en orden de prioridad:

1. Cónyuge
2. Hijos adultos
3. Progenitores
4. Hermanos mayores de edad
5. Familiares mayores de edad
6. Una amistad cercana (con una declaración jurada autenticada por un notario)



Formulario para nombrar un sustituto que tome decisiones sobre su salud

Designation of Health Care Surrogate Form – Spanish

En caso de que yo, (nombre completo) (I, Full Name) _____, no tenga capacidad para tomar decisiones sobre atención médica, nombro como mi **sustituto para tomar decisiones sobre mi salud a:**

Nombre: _____ / _____
Name: Nombre de pila (First Name) Apellido (Last Name) # de teléfono (Telephone #)

Dirección (Address): _____

Si mi sustituto para tomar decisiones médicas sobre mi salud no deseara o no pudiera ejercer esta función, nombro como mi **sustituto para este fin a:**

Nombre: _____ / _____
Name: Nombre de pila (First Name) Apellido (Last Name) # de teléfono Telephone #

Dirección (Address): _____

La autoridad de mi sustituto para tomar decisiones médicas en mi nombre entrará en efecto cuando mi doctor determine que yo no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones médicas.

Opcional: También tengo la opción de escoger que la autoridad de mi sustituto para tomar decisiones sobre mi salud entre **en efecto inmediatamente** aun cuando yo esté capacitado si pongo mis iniciales en cualquiera de las siguientes casillas, o en ambas:

DEBO de poner mis iniciales:

_____ Mi sustituto para tomar decisiones sobre mi salud tiene autoridad para recibir información médica sobre mi salud mientras yo esté capacitado.
Iniciales (Initials)

_____ Mi sustituto para tomar decisiones sobre mi salud tiene autoridad para recibir información médica sobre mi salud aun mientras yo *Iniciales* esté capacitado. Sin embargo, cualquier indicación o decisión sobre mi salud que yo tome verbalmente o por escrito, *(Initials)* reemplazará cualquier indicación o decisión sobre mi salud que mi sustituto para decisiones médicas tome mientras yo sea capaz de hacerlo.

Instrucciones o restricciones específicas: _____
Specific instructions or restrictions:

Autorizo a mi sustituto para tomar todas las decisiones sobre mi salud en mi nombre, lo cual quiere decir que él/ella tiene autoridad para:

- Brindar consentimiento informado, negar el consentimiento o retirar consentimiento sobre cualquier cuidado de mi salud, incluso procedimientos que me prolonguen la vida.
- Tener acceso a información sobre mi salud que sea necesaria dentro de lo razonable para que el sustituto tome decisiones relacionadas con la atención médica que voy a recibir y para solicitar beneficios en nombre mío.
- Solicitar beneficios privados, públicos, gubernamentales o para veteranos en mi nombre para sufragar el costo de mis cuidados médicos.
- Decir la donación de órganos.

Mi firma (My signature): _____ **Fecha** (Date): ____/____/____ **Hora** (Time): _____

1.º testigo (necesario) (1st Witness required)

2.º testigo (necesario) (2nd Witness required)

Firmas de los testigos: Se necesitan dos. El sustituto suyo para tomar decisiones sobre su salud **no puede** firmar como testigo. Solo uno de los testigos puede ser un familiar suyo o su cónyuge. No tiene necesidad de un notario.

Teléfono

O Video

Firma del empleado calificado / intérprete (Marcar) Imprimir nombre del empleado calificado / intérprete Número de identificación Idioma interpretado
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check) Print Qualified Staff / Interpreter Name ID Number Language Interpreted



Advance Directive Forms – Spanish
Tab: Legal Forms and Consents
602-0756 (11/18) MPC 52554

DH: Advance Directive/Living Will – FH Form



Patient Label

INFORMACIÓN SOBRE EL TESTAMENTO VITAL – LIVING WILL INFORMATION - Spanish

El **testamento vital** le permite al equipo que se ocupa de su atención médica, su familia y otros saber cuáles son sus deseos sobre tratamiento de soporte vital y cómo aplicarlos a sus cuidados médicos. Los **tratamientos de soporte vital** se usan cuando la persona está muy enferma. Dichos tratamientos con frecuencia ayudan, pero en algunos casos solo causan más sufrimientos y prolongan el proceso de morir. La diferencia entre prolongar la vida y prolongar el sufrimiento depende de su convicción sobre cuándo merece la pena seguir vivo. Cuando usted está tan enfermo que puede morir en corto plazo con frecuencia no puede expresarse. Esta parte le ayuda a tener una “voz” sobre su cuidado cuando usted no puede hacerlo.

Los tratamientos de soporte vital pueden incluir, solo a título enunciativo, **medicinas, cirugía, procedimientos invasivos** tales como:

- **Intubación con una máquina para respirar o ventilación:** cuando se coloca un tubo por la boca hasta los pulmones o un tubo por la tráquea en el cuello de modo que una máquina bombee aire a sus pulmones y le ayude a respirar.
- **Alimentación artificial:** incluye una sonda nasogástrica o nutrición parenteral total (nutrición por IV) si no le es posible tragar.
- **Administración de fluidos por vía intravenosa:** para hidratar y administrar medicamentos
- **Transfusiones de sangre** para proveerle sangre o productos sanguíneos por la vena
- **Díalisis máquina** que purifica la sangre si los riñones han dejado de funcionarle

FORMULARIO DE TESTAMENTO VITAL – LIVING WILL FORM - Spanish

Si estuviera muy enfermo, mi deseo es el siguiente: (Poner sus iniciales **YA SEA** en la sección I o bien en la II a continuación)

Sección I. **No deseo** ningún tratamiento de soporte vital si me encontrara en: (Poner sus iniciales en todas las que apliquen)

_____ **Un estado vegetativo persistente:** un estado comatoso permanente, lo que significa que usted no puede interactuar
Iniciales (initials) con el mundo y no puede actuar de manera voluntaria ni puede pensar racionalmente.

_____ **Etapas finales:** un estado irreversible que causa empeoramiento severo y una disminución permanente de
Iniciales (initials) la salud donde los tratamientos probablemente no van a funcionar.

_____ **Enfermedad terminal:** un padecimiento del que lo más probable es que no se recupere y se anticipa que cause
Iniciales (initials) la muerte sin tratamiento.

Sí quiero _____ (*iniciales*) (*initials*) o **no quiero** _____ (*iniciales*) (*initials*) que me alimenten o me hidraten artificialmente por sonda nasogástrica o de manera intravenosa si solo va a servir para prolongar artificialmente el proceso de morir.

A propósito y voluntariamente hago saber que mi deseo es que no me prolonguen la vida artificialmente de acuerdo a la circunstancia que he inicialado arriba. Pido que me permitan morir de manera natural y que solo me administren medicamentos o lleven a cabo procedimientos médicos necesarios para brindarme cuidados paliativos o aliviar el dolor

0

Sección II.

_____ **Sí quiero hacer la prueba** con los tratamientos de soporte vital que mi doctor estime que me pueden ayudar. Si los
Iniciales (initials) tratamientos **no funcionan** y hay poca esperanza de mejoría, **no deseo** estar conectado a una maquina de soporte vital.

Instrucciones adicionales (Opcional) (Additional instructions): _____

Pido por este medio que mi familia y mi equipo médico cumplan con mi testamento vital y acepto las consecuencias de mi decisión. Estoy pensando con claridad.

Mi firma (My signature): _____ **Fecha** (Date): ____/____/____ **Hora** (Time): _____

1.er testigo (necesario) (1st Witness required)

2.do testigo (necesario) (2nd Witness required)

Firmas de los testigos: Se necesitan dos. El sustituto suyo para tomar decisiones sobre su salud **no puede** firmar como testigo. Solo uno de los testigos puede ser un familiar suyo o su cónyuge. No tiene necesidad de un notario.

Teléfono

Video

Firma del empleado calificado / intérprete (Marcar)
Qualified Staff / Interpreter Signature (Check)

Imprimir nombre del empleado calificado / intérprete
Print Qualified Staff / Interpreter Name

Número de identificación
ID Number

Idioma interpretado
Language Interpreted



Advance Directive Forms - Spanish
Tab: Legal Forms and Consents
602-0756 (11/18) MPC 52554

DH: Advance Directive/Living Will – FH Form



Patient Label

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE RESPECTO A SUS DESEOS DE COMPARTIR CON SU EQUIPO DE CUIDADOS DE LA SALUD Y SUSTITUTO PARA TOMAR DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD / FAMILIA

ADDITIONAL IMPORTANT INFORMATION REGARDING YOUR WISHES TO SHARE WITH YOUR HEALTH CARE TEAM AND HEALTH CARE SURROGATE / FAMILY

Un testamento vital NO es una orden de “No reanimar” [DNR, por sus siglas en inglés]

Si usted no desea recibir reanimación cardiopulmonar (CPR) en caso de que sufra un paro cardíaco o respiratorio, necesitará hablar con su doctor para pedir una orden de “No reanimar” (DNR) (permitir la muerte natural). Se necesita una “orden de DNR” en específico para hacerle saber al equipo médico cómo tratarle a usted en el caso de que su corazón y/o sus pulmones dejen de funcionar. Ello no significa “No tratar” antes de que su corazón/pulmones hayan parado. Si usted es un paciente, va a recibir los cuidados y tratamientos que su doctor recomiende y usted haya aprobado. Por favor, hable con su proveedor de cuidados médicos sobre su padecimiento médico actual, así como los beneficios y daños de cada opción de tratamiento.

Reanimación cardiopulmonar (CPR) es un intento de restaurar la función cardíaca y pulmonar si su corazón o sus pulmones dejaran de funcionar. CPR puede incluir:

- Compresiones del pecho - presionar el pecho fuertemente con un movimiento repetitivo para tratar de mantener el flujo sanguíneo
- Desfibrilación - corrientes eléctricas para tratar de que el corazón vuelva a funcionar
- Medicinas intravenosas
- Intubación con una máquina para respirar o ventilación

Si el CPR resulta exitoso, normalmente le tendrán en una unidad de cuidados intensivos con una máquina para respirar y sometido a otros tratamientos, de ser necesario.

Si decide que no desea recibir CPR en caso de fallo cardíaco y/o respiratorio, usted (o su sustituto para tomar decisiones sobre su salud o su familiar más cercano, en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas) tendrá que firmar una orden de “No reanimar” (DNR) por separado. Hay dos tipos de formularios de DNR, los específicos de un hospital y el que usted prepara por cuenta propia. Su proveedor de cuidados de la salud le puede dar más información sobre cuál es el formulario de DNR más apropiado de acuerdo a sus deseos.

Si usted está ingresado en un hospital, hable con su doctor para completar una orden de NO REANIMAR.

Si usted lo va a preparar por cuenta propia, puede descargar e imprimir el formulario de NO REANIMAR del Estado de la Florida. Puede obtener el formulario a través de <http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/do-not-resuscitate/index.html>. Puede imprimir dicho formulario en papel amarillo y usted y su doctor lo firman para que lo cumplan los servicios médicos de emergencia de su comunidad.



Advance Directive Forms - Spanish

Tab: Legal Forms and Consents

DH: Advance Directive/Living Will – FH Form

602-0756 (11/18) MPC 52554



Patient Label