

MINNESOTA

EDUCATION
(SPANISH)

Directiva sobre la atención médica

Comunicando sus opciones sobre la atención médica

For an English copy, see “Health Care Directive:
Making Your Health Care Choices Known,” gen-ah-91676.



Allina Health

Mi directiva sobre la atención médica

Mi directiva de atención médica ha sido creada para guiar al círculo de quienes me cuidan (familiares, amigos y otros seres cercanos a mí) y a los cuidadores de mi salud, para que tomen decisiones de parte mía en caso que mis enfermedades o lesiones me impidan comunicarme en ese momento.

Yo entiendo que tengo la responsabilidad de expresar y discutir mis deseos, objetivos y valores personales con mis médicos, proveedores de salud, agentes de salud y mi círculo de cuidados médicos. Esto les ayudará a entender mis deseos, metas y valores en la medida de su capacidad y ayudará a mi agente de atención médica a tomar decisiones por mí que coincidan con mis opciones de atención médica.

Entiendo que mi agente de atención médica y mi proveedor o proveedores de atención médica podrían no ser capaces de cumplir con mis deseos, metas y valores en cada circunstancia.

He creado este documento con mucha reflexión.

Cualquier documento de directiva sobre la atención médica creado antes de éste ya no es válido.

Mi nombre legal: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Mi dirección: _____

Mi número de teléfono: _____

Mi número de teléfono celular: _____

NAME, DOB, MRN

Parte 1: Mi agente de atención médica

He elegido a un/a agente de atención médica para hablar por mí en caso de que:

- No sea capaz de comunicar mis deseos, metas y valores, y mis decisiones sobre la atención médica debido a enfermedad o lesión
 - o
- mis proveedores de atención médica hayan determinado que no soy capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica.

Al escoger mi agente de cuidados médicos, yo he considerado la habilidad de la persona de aceptar bajo propia voluntad, para tomar decisiones conforme a mis preferencias. Yo confío en esta persona para que siga mis deseos, objetivos y valores dentro de situaciones difíciles.

Entiendo que mi agente de atención médica tiene que tener por lo menos 18 años de edad.

Nota: Si la persona que usted elige para ser su agente de atención médica es un proveedor de atención médica dándole atención ahora o posiblemente en el futuro, **no debe** seleccionar a esa persona como su agente de atención médica a menos que:

- la persona esté relacionada con usted por vínculos de sangre, matrimonio, sociedad doméstica registrada o adopción
 - o
- la persona tiene una relación con usted aparte de como proveedor de atención médica, ya sea como vecino o amigo por mucho tiempo.

Mi agente de atención médica principal es:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

NAME, DOB, MRN

Agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica no está disponible o dispuesto a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

Agentes alternos adicionales de atención médica (optativo)

2do agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica y mi primer agente alternativo de atención médica no están disponibles o dispuestos a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

3er agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica y otros agentes alternos de atención médica no están disponibles o dispuestos a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

NAME, DOB, MRN

4to agente alternativo de atención médica

Elijo a esta persona como mi agente alternativo de atención médica si mi agente principal de atención médica y otros agentes alternos de atención médicas no están disponibles o dispuestos a servir como mi agente de atención médica:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

Podere de mi agente de atención médica

Mi agente de atención médica automáticamente tiene todos los siguientes poderes cuando no estoy en condiciones de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica:

- tomar decisiones acerca de mi atención médica, incluyendo decisiones de iniciar, detener o cambiar tratamientos para mí. Esto incluye remover o no poner la alimentación por sonda, las pruebas, medicamentos, cirugía, y otras decisiones acerca del tratamiento incluyendo tratamientos o medicamentos para la salud mental. Si ya ha comenzado el tratamiento, mi agente de atención médica puede continuarlo o detenerlo basado en instrucciones verbales y / o escritas.
- interpretar cualquier instrucción en este documento de acuerdo a lo que mi agente de atención médica comprenda acerca de mis deseos, valores y objetivos
- revisar y emitir mis registros médicos, información de salud y otros registros personales cuando sea necesario para mi atención médica como representante personal bajo la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) y cualquier ley estatal similar
- organizar mis tratamientos y cuidados médicos en cualquier estado o localidad que mi agente considere apropiado
- decidir cuáles proveedores de atención médica y organizaciones proporcionarán mi atención y tratamiento.

Nota: Su agente de atención médica no puede tomar decisiones acerca de sus finanzas.

Considere hablar con un/a abogado acerca de preparar un documento de poder financiero si quisiera darle a alguien el poder para tomar decisiones financieras o llevar a cabo transacciones financieras en su nombre.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Poderes adicionales de mi agente de atención médica

Si quiero que mi agente de atención médica tenga cualquiera de los siguientes poderes, **he puesto mis iniciales** en la casilla o casillas a continuación.

Tomar decisiones acerca del cuidado de mi cuerpo después de la muerte.

Continúe siendo mi agente de atención médica aunque nuestra relación se esté, o se vaya a terminar

Si estoy embarazada, determine si se trata de continuar mi embarazo hasta el nacimiento en base al entendimiento de mi agente de mis deseos, valores, objetivos e instrucciones.

Limitaciones de los poderes de mi agente de atención médica

Si deseo limitar la autoridad de mi agente de cuidados médicos para tomar decisiones o para actuar, he escrito los límites que siguen.

NAME, DOB, MRN

Sección 2: Mis instrucciones para la atención médica

Las instrucciones para mi agente de atención médica son las que siguen. Pido que mi agente me represente en estas preferencias, y que mis cuidadores de salud las sigan si yo no puedo comunicarlas, o si no puedo tomar decisiones en el momento de recibir los cuidados.

Nota: Este documento le proporciona a su agente de atención médica la autoridad para tomar decisiones sólo cuando:

- sus proveedores de atención médica determinan que usted no puede tomarlas
- usted le ha pedido a su agente de atención médica que toma decisiones por usted incluso si usted puede tomar decisiones o comunicarse por sí mismo/a.

La reanimación cardiopulmonar (RCP)

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un tratamiento utilizado para tratar de restablecer el ritmo cardíaco y la respiración cuando se han detenido. Podría incluir compresiones torácicas (en que se empuja el pecho de forma enérgica para hacer que circule la sangre), medicamentos, choques eléctricos, una sonda de respiración y una estancia hospitalaria.

Entiendo que:

- la RCP podría salvar la vida, pero no siempre funciona
- la RCP no funciona demasiado bien para las personas que tienen enfermedades crónicas (a largo plazo)
- CPR puede causar lesiones, y la recuperación de CPR puede ser dolorosa y difícil.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

Mi elección acerca de la reanimación cardiopulmonar (RCP)

Quiero que la RCP se intente si mi corazón o respiración se detienen en todas las circunstancias.

Quiero que la RCP se intente si mi corazón o respiración se detienen **salvo cuando** mi proveedor de atención médica ha determinado que tengo poca o ninguna posibilidad razonable de supervivencia incluso con la RCP.

No quiero que la RCP (resucitación cardiopulmonar se intente) la resucitación cardiopulmonar si mi corazón o mi respiración se detienen. Prefiero una muerte natural. Si elijo esta opción, debo hablar con mi proveedor de atención médica.

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Tratamientos para extender mi vida

Si mis proveedores de atención médica determinan que estoy en un estado vegetativo, o que tengo una lesión cerebral permanente que significa que es muy probable que no voy a recuperar la conciencia o recuperar mi capacidad de saber quién soy, elijo lo siguiente.

Nota: en cualquier caso, se le ofrecerá y se le continuará ofreciendo medicamentos contra el dolor para que se sienta más cómodo, así también como alimentos y bebidas orales si usted puede tragar.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

My choice is:

Quisiera detener o retener todos los tratamientos que están extendiendo mi vida en este momento. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa (IV), el respirador o ventilador (máquina de respiración), la RCP y los antibióticos (medicamentos).

Quisiera todo el tratamiento recomendado por mi equipo de atención médica hasta que estén de acuerdo en que dichos tratamientos son perjudiciales y ya no ayudan. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa, el respirador o ventilador, la RCP y los antibióticos.

Quisiera recibir tratamiento limitado. Quisiera recibir ciertos tipos de atención en ciertas circunstancias, como he escrito a continuación. Nota: en cualquier caso, se le ofrecerá y se le continuará ofreciendo medicamentos contra el dolor para que se sienta más cómodo, así también como alimentos y bebidas orales si usted puede tragar.

NAME, DOB, MRN

Enfermedad terminal

Una enfermedad terminal es una condición activa y que sigue empeorando, que no se puede curar y que se espera conduzca a la muerte.

Nota: en cualquier caso, se le ofrecerá y se le continuará ofreciendo medicamentos contra el dolor para que se sienta más cómodo, así también como alimentos y bebidas orales si usted puede tragar.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

Si tengo una enfermedad terminal, mi elección es:

- Quisiera detener o retener todos los tratamientos** que están extendiendo mi vida. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa, el respirador o ventilador, la RCP y los antibióticos.
- Quisiera recibir todo el tratamiento** recomendado por mi equipo de atención médica hasta que estén de acuerdo en que dichos tratamientos son perjudiciales y ya no ayudan. Esto incluye, pero no se limita a, la alimentación por sonda, los fluidos por vía intravenosa, el respirador o ventilador, la RCP y los antibióticos.
- Quisiera recibir tratamiento limitado.** Quisiera recibir ciertos tipos de atención en ciertas situaciones, como he escrito a continuación. Por ejemplo, puede escribir que usted quiere recibir antibióticos para tratar cualquier tipo de infecciones.

NAME, DOB, MRN

Otras opciones de tratamiento (optativo)

Nota: use este espacio para anotar cualquier opción de tratamiento que usted especifique para su propia condición. Por ejemplo si usted tiene diabetes escriba qué opina acerca de diálisis, y cuáles son sus deseos al respecto.

He decidido dejar esta sección en blanco. (Ponga sus iniciales en el cuadrado)

La donación de órganos

La donación de órganos es el donar órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo a otras personas que las necesita.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

No quiero donar mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo. No permito esta donación después de mi muerte.

Sí quiero donar cualquiera o todos mis órganos, ojos, tejidos u otras partes del cuerpo. Permito esta donación después de mi muerte. Mi agente de atención médica está autorizado/a a iniciar o continuar tratamientos de apoyo o cualquiera otra intervención que sea necesaria para mantener mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo hasta que la donación se haya completado.

Sí quiero donar, pero quiero limitar mis donaciones de tejidos y órganos. Autorizo la donación limitada, como he escrito a continuación, después de mi muerte. Mi agente de atención médica está autorizado/a a iniciar o continuar tratamientos de apoyo o cualquiera otra intervención que sea necesaria para mantener mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo hasta que la donación se haya completado.

No he decidido si voy a donar cualquiera o todos mis órganos, ojos, tejidos o cualquier otra parte del cuerpo. Autorizo a mi agente de atención médica a tomar esta decisión después de mi muerte.

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

La autopsia

Una autopsia se hace para confirmar la causa de la muerte, o para avanzar las ciencias médicas. Es posible que una autopsia cause gastos adicionales.

He puesto mis iniciales en la opción que prefiero para esta situación.

No quiero que se haga una autopsia a menos que sea requerido por la ley.

Sí permito que mi agente de atención médica pida una autopsia si puede ayudar a otras personas a entender la causa de mi muerte o ayudar a los miembros de mi familia a tomar decisiones acerca de su atención médica futura.

No he decidido si permitiría una autopsia. Autorizo a mi agente de atención médica a tomar esta decisión después de mi muerte.

Comentarios o instrucciones a los proveedores de atención médica (optativo)

Nota: Utilice este espacio para anotar cualquiera instrucción o mensajes adicionales a su equipo de atención médica que no hayan sido cubiertos en esta directiva sobre la atención médica, o para ampliar o aclarar sus deseos, metas y valores. Puede dejar este espacio en blanco.

He decidido dejar esta sección en blanco. (Ponga sus iniciales en el cuadrado)

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

Sección 3: Mis esperanzas y deseos

Nota: esta sección es opcional pero puede ayudar a su agente de atención médica y a los miembros de su círculo de cuidados involucrados en tomar decisiones en su nombre al término de su vida.

He decidido no contestar algunas de estas preguntas. (Ponga sus iniciales en el cuadrado)

Quiero que los involucrados en mi atención médica y en las decisiones sobre la atención médica conozcan los pensamientos y sentimientos siguientes:

1. Las cosas que le dan más valor a la vida para mí son (enumere las cosas que hacen que usted se levante de buen grado por la mañana):

2. Mis creencias acerca de cuándo la vida ya no sería digna de ser vivida (enumere ejemplos de situaciones en las que vivir sería peor que morir):

3. Mis opciones acerca de tratamientos médicos específicos, si existen (esto podría incluir sus opciones acerca de los ventiladores, la diálisis, los antibióticos, la alimentación por sonda, el cuidado de hospicio o el cuidado paliativo):

El cuidado de hospicio

El cuidado de hospicio se centra en su comodidad y calidad de vida cuando su médico cree que usted tiene 6 meses o menos de vida.

El cuidado paliativo

El cuidado paliativo está disponible si se encuentra en cualquiera de las fases de una enfermedad avanzada. Se centra en el tratamiento de los síntomas, preocupaciones emocionales y espirituales, y ayuda a usted y a su familia a entender sus opciones en cuanto a la enfermedad y el tratamiento.

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

4. Mis deseos y esperanzas acerca de dónde y cómo quisiera morir:
(comience la frase con "Si fuera posible, quisiera que...")

5. Si mi muerte se aproxima, yo agradecería las siguientes medidas de apoyo y comodidad:
(piense acerca de medidas de confort, u objetos, y apoyo de las visitas.)

6. Comparta sus opiniones, pensamientos y sentimientos acerca de qué apoyo espiritual aquellas personas que lo(a) están cuidando pueden contribuir para honrar sus tradiciones religiosas, culturales y de su fé.

7. Mi afiliación religiosa, espiritual o de fé:

Soy de la fe _____ y miembro de la comunidad religiosa de _____
en (la ciudad) _____. Por favor trate de comunicarse con ellos para pedirles que hagan lo que deseo después de mi muerte, incluyendo funerales y/o celebraciones de mi vida.

Prefiero ser enterrado / cremado. (Marque una de las opciones con un círculo)

Instrucciones para el cuidado de mi cuerpo después de la muerte:

Quisiera incluir las siguientes personas, música, rituales, etc., si fuera posible:

8. Otras preferencias e instrucciones (por ejemplo, indicaciones acerca de donar su cuerpo a la ciencia):

Nota: Por favor firme y feche cualquier página adicional que esté adjuntando a este documento.

NAME, DOB, MRN

Sección 4: Hacer que mi directiva sobre la atención médica sea válida

Bajo la ley de Minnesota, usted tiene que firmar y fechar este documento en Minnesota en la presencia de un notario público o dos testigos.

- Su notario o testigos no pueden ser personas que están designadas como agentes de atención médica en este documento.
- Su notario no puede ser un proveedor de atención médica (pero *puede* ser un empleado de un proveedor de atención médica) que lo esté atendiendo en el momento en que usted firme este documento.
- Si firma en la presencia de dos testigos, sólo uno de los dos testigos puede ser proveedor de atención médica (o un empleado de un proveedor de atención médica) que lo esté atendiendo en el momento en que usted firme este documento.

Importante: Espere a firmar hasta que esté en la presencia ya sea de un notario público o dos testigos. Las fechas de las firmas tienen que coincidir.

He hecho este documento voluntariamente. Estoy pensando claramente. Este documento expresa mis opciones en cuanto a mis decisiones sobre la atención médica:

Firma: _____ Fecha: _____

Si no pudiera firmar, le pido a la siguiente persona que firme por mí:

Firma: _____

Imprima el nombre: _____ Fecha: _____

EL motivo por el que no puedo firmar es: _____

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Opción 1: Notario público

En mi presencia el día _____ (fecha), don/doña _____ (nombre del compareciente) reconoce su firma en este documento, o reconoce que han autorizado que la persona firme de su parte. Yo no he sido nombrado como el agente de atención médica ni su sustituto en este documento. **No estoy designado como agente de atención médica o agente alterno de atención médica en este documento.**

Importante

Si utiliza un notario público, no necesita dos testigos.

Condado de: _____
(donde se firma el documento)

Doy fe de mi firma y sello:

Firma del notario: _____

Mi comisión vence (fecha): _____

Sello notarial:

NAME, DOB, MRN

patient sticker

Opción 2: Dos testigos

Declaro que:

- Este documento fue firmado en mi presencia por la persona que completó este documento, o por el individuo que la persona autorizó para firmar en su nombre.
- Tengo al menos 18 años de edad
- No estoy designado como agente de atención médica en este documento.

Nota: Sólo uno de los dos testigos puede ser proveedor de atención médica (o un empleado de un proveedor de atención médica) que lo esté atendiendo en el momento en que usted firme este documento.

Importante

Si utiliza dos testigos, no necesita un notario público.

Firma de testigo 1:

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Dirección: _____

¿Es usted un proveedor de atención médica (o empleado de un proveedor de atención médica) proporcionándole atención directa a la persona creando esta directiva sobre la atención médica?

sí no

Firma de testigo 2:

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Dirección: _____

¿Es usted un proveedor de atención médica (o empleado de un proveedor de atención médica) proporcionándole atención directa a la persona creando esta directiva sobre la atención médica?

sí no

NAME, DOB, MRN

Sección 5: los próximos pasos

Ahora que usted ha completado su directiva sobre la atención médica, tiene algunos pasos más que terminar. Esta hoja no es parte de su directiva sobre la atención médica. Puede separarla del resto del documento y utilizarla como hoja de trabajo.

Lista de verificación

- Mantenga la copia original de su directiva sobre la atención médica donde se pueda encontrar fácilmente.
- Deles una copia de su directiva sobre la atención médica a su agente de atención médica, a sus proveedores de atención médica (para que pueda ser escaneada en su historial médico) y a aquéllos que puedan estar involucrados en su atención médica o en ayudar a tomar decisiones sobre la atención médica para usted.
- Hable con cualquiera que pueda estar involucrado si tiene una enfermedad o lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su agente de atención médica y que comprendan sus deseos, metas y valores.
- Si va al hospital o al centro de rehabilitación, llévese una copia de su directiva sobre la atención médica y pida que sea escaneada en su historial médico.
- Revise, actualice o complete una directiva nueva sobre la atención médica al menos cada 5 años o si:
 - hay un cambio de relación, como divorcio, separación, o muerte
 - lo/la diagnostican con una condición de salud grave
 - su salud empeora de forma significativa, en particular si es incapaz de cuidar de sí mismo o no puede vivir por su cuenta
 - su agente de atención médica ya no quiere o no puede.
- Si sus opciones cambian, complete una directiva nueva sobre la atención médica y deles copias nuevas a su agente de atención médica, a su proveedor o proveedores de atención médica, y a otras personas que puedan estar involucrados en su atención médica o en ayudar a tomar decisiones sobre la atención médica para usted y a cualquiera que tenga copias de su antigua directiva sobre la atención médica. Dígales lo que ha cambiado y que destruyan las copias anteriores.

Quiénes tienen copias de este documento

Dé una copia de este documento a su agente de atención médica, sus proveedores de salud, su consejero religioso, espiritual o de fé, al igual que aquellos que estén involucrados en su salud, o en tomar desiciones en su nombre. Además, tenga una copia de este documento cuando vaya al hospital o a una clínica para sus cuidados de salud.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____



allinahealth.org