

# 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 sobre la atención médica fue creada para orientar a mi agente de atención médica y a mi familia, amigos u otras personas cercanas a mí a tomar decisiones sobre la atención médica en mi nombre si la enfermedad o lesión me impiden decidir o comunicarlo por mí mismo/a.

Entiendo que es mi responsabilidad hablar acerca de mis deseos, metas y valores con mi agente de atención médica y mi familia, amigos u otras personas cercanas a mí. 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 elegir a un/a agente de atención médica, he considerado su capacidad para tomar decisiones de buen grado basadas en mis opciones. Confío en que esta persona cumpla con mis deseos, metas y valores en momentos de estrés.

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 cualesquiera instrucciones en este documento de acuerdo con su entendimiento de mis deseos, metas y valores.
- 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.
- Hacer arreglos para mi atención médica y tratamiento en cualquier estado o ubicación que él o ella 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

## 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.

Continuar como mi agente de atención médica incluso si nuestro matrimonio o nuestra sociedad doméstica está terminando legalmente o ya ha terminado.

Si estoy embarazada, determinar si se debe intentar continuar con mi embarazo hasta el parto con base en su entendimiento de mis deseos, metas, valores e instrucciones.

## Limitaciones de los poderes de mi agente de atención médica

Si quiero limitar la autoridad de mi agente de atención médica en las decisiones o acciones que él o ella puedan tomar, las he escrito a continuación.

---

---

---

---

---

---

---

---

NAME, DOB, MRN

## Sección 2: Mis instrucciones para la atención médica

Mis opciones para mi atención médica son las siguientes. Le pido a mi agente de atención médica que represente estas opciones, y a mis proveedores de atención médica que las cumplan si yo no estoy en condiciones de comunicar o tomar mis propias decisiones.

**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)
- la recuperación de la RCP podría 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:** Con cualquier opción, se le seguirán ofreciendo medicamentos para el dolor y la comodidad, así como alimentos y líquidos por vía oral si es capaz de 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. Por ejemplo, puede escribir que quiere vivir conectado a sistemas para mantener la vida hasta que toda su familia haya llegado.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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:** Con cualquier opción, se le seguirán ofreciendo medicamentos para el dolor y la comodidad, así como alimentos y líquidos por vía oral si usted es capaz de 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

patient sticker

## Otras opciones de tratamiento (optativo)

**Nota:** Utilice este espacio para anotar cualesquiera opciones de tratamiento que pueda tener para su condición particular. Por ejemplo, si tiene diabetes puede anotar sus pensamientos sobre la diálisis. Puede dejar este espacio en blanco.

---

---

---

---

## 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

patient sticker





## Sección 3: Mis esperanzas y deseos

**Nota:** Esta sección es optativa pero útil para su agente de atención médica y sus familiares, amigos u otras personas que estén involucradas en ayudar a tomar decisiones sobre la atención médica para usted al final de su vida.

**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 esperanzas y deseos acerca de cómo y cuándo quisiera morir:

5. Si me estoy acercando a la muerte, agradecería lo siguiente para la comodidad y el apoyo:

6. Comparta sus pensamientos y sentimientos acerca de cómo las personas que cuidan de usted le pueden proporcionar cuidado espiritual que honre sus tradiciones culturales o religiosas.

7. Mi afiliación religiosa:

Soy de la fe \_\_\_\_\_ y miembro de la comunidad religiosa de \_\_\_\_\_ en (la ciudad) \_\_\_\_\_. Por favor traten de notificarles de mi muerte y hagan que se encarguen de proporcionar mi funeral o servicio en memoria (o monumento).

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

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

8. Otras opciones/instrucciones (esto podría incluir instrucciones respecto a donar su cuerpo a las ciencias):

**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 en el \_\_\_\_\_ (fecha), \_\_\_\_\_  
(nombre de la persona cumplimentando esta directiva sobre la atención  
médica) reconoció su firma en este documento o reconoció que él o ella  
autorizó a la persona que firma este documento para que firmara en su  
nombre. **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



## Opción 2: Dos testigos

Declaro que:

- este documento fue firmado en mi presencia por la persona cumplimentando este documento o por una persona que la persona cumplimentando este documento autorizó para que firmara en su nombre
- Tengo al menos 18 años de edad
- No estoy designado como agente de atención médica en este documento.

### Importante

Si utiliza dos testigos, no necesita un notario público.

**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.

### 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 familiar significativo, como un divorcio 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

Dele una copia de este documento a su agente de atención médica, a su proveedor o proveedores de atención médica, al clero, y a aquellos que podrían estar involucrados en su atención médica o en tomar decisiones sobre la atención médica para usted. Lleve también una copia de su directiva sobre la atención médica con usted cuando vaya al hospital o a la clínica para que lo atiendan.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## La planificación anticipada de la atención de Allina Health

- Allina Health tiene una directiva segura y en línea sobre la atención médica que usted puede completar. Vaya a [allinahealth.org/acp](http://allinahealth.org/acp) e inscríbese para obtener una cuenta con Allina Health.
- También puede asistir a una clase gratuita sobre cómo llenar una directiva sobre la atención médica. Échele un vistazo a los listados de clases en [allinahealth.org/acp](http://allinahealth.org/acp) o llame al 612-262-2224 para quedar programado.



Allina Health

[allinahealth.org](http://allinahealth.org)