Planificación anticipada de atención médica

Resumen y directiva anticipada

Washington State Medical Association

Physician Driven, Patient Focused

Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington.

¿Qué es la planificación anticipada de atención médica?

La planificación anticipada de atención médica consiste en pensar en la atención médica que podría desear en el futuro. Este tipo de planificación incluye hablar, escribir y compartir lo que es importante para usted. Esto ayuda a otras personas a tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre si no puede tomar sus propias decisiones. En dicha situación, una persona cercana tendría que tomar decisiones por usted. Esta persona se llama agente de atención médica, también conocido como apoderado, representante o responsable legal de las decisiones médicas.

Es importante que prepare anticipadamente a su agente de atención médica, que le comparta los documentos completados y que le comunique cómo quiere que tome las decisiones de atención médica por usted.

¿Qué es una directiva anticipada?

Un documento de directivas anticipadas es una forma voluntaria y legal de escribir sus decisiones de planificación anticipada de atención médica. Debe compartir su directiva anticipada con las personas que le importan, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y con su médico, el equipo de atención médica, la clínica y el hospital. Las directivas anticipadas deben actualizarse periódicamente. Todos los adultos de 18 años o más pueden completar una directiva anticipada.

En el estado de Washington, hay dos tipos de directivas anticipadas: 1) un poder notarial permanente para la atención médica y 2) una directiva de atención médica.

La directiva anticipada de la Washington State Medical Association es un durable power of attorney for health care (DPOA-HC, poder notarial permanente para la atención médica). El DPOA-HC se basa en la legislación del estado de Washington (capítulo 11.125 del Revised Code of Washington (RCW, Código Revisado de Washington). Este formulario legal le permite nombrar a su agente de atención médica para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas por su cuenta. Este formulario también le ayuda a hacerle saber a su agente sus objetivos, valores y preferencias. Las investigaciones demuestran que la mejor manera de garantizar el cumplimiento de sus deseos es nombrar y preparar a un agente de atención médica.

La directiva de atención médica se basa en la legislación del estado de Washington (capítulo 70.122 del RCW). Las directivas de atención médica también se conocen como testamentos en vida. También puede considerar completar una directiva de atención médica, que es una directiva para retirar o retener el tratamiento de soporte vital en situaciones específicas bajo la ley del estado de Washington. Para obtener más información sobre la directiva de atención médica, visite el sitio web del Northwest Justice Project en: www.washingtonlawhelp.org o hable con su médico o el equipo de atención médica.

¿Qué es un agente de atención médica?

Un agente de atención médica es la persona que elige para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo por sí mismo. Debe decirle a su agente de atención médica lo que es importante para usted, como sus valores personales y sus objetivos de tratamiento. Esta información puede guiar a su agente de atención, a su médico y al equipo de atención médica para que tomen las mejores decisiones posibles en su nombre si usted no puede tomarlas. Al completar esta directiva anticipada (un poder notarial permanente para la atención médica), permite que esta persona tome decisiones con el médico y el equipo de atención médica sobre su atención. Su agente de atención médica no será personalmente responsable desde el punto de vista económico de la atención que seleccione para usted en su rol de agente.

¿Qué características tiene un buen agente de atención médica?

Su agente de atención médica DEBE poder hacer lo siguiente:

- Entender lo que hace un agente de atención médica y estar dispuesto a desempeñar esta función.
- Compartir sus objetivos, valores y preferencias con su equipo de atención médica y describir lo que significa para usted "vivir bien" o "tener un buen día".
- Llevar a cabo lo que usted haya decidido, aunque no esté de acuerdo.
- Ser capaz de tomar decisiones en momentos difíciles o estresantes.

Su agente de atención médica NO PUEDE tener las siguientes características:

- Ser menor de 18 años.
- Ser su médico o el empleado de su médico (a menos que sea su cónyuge, pareja de hecho registrada por el estado, padre, hijo o hermano mayor de edad).
- Ser un propietario, administrador o empleado de un centro de salud o de cuidados de larga duración en el que reciba atención o viva (a menos que sea su cónyuge, pareja de hecho registrada por el estado, hijo o hermano mayor de edad).

¿Qué puede hacer un agente de atención médica?

Si usted no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, se le pedirá a su agente que tome estas decisiones en su nombre. Su agente de atención médica puede utilizar la información que comparta en esta directiva anticipada y en las conversaciones para guiar su atención.

De acuerdo con la ley estatal y utilizando el conocimiento de sus objetivos, valores y preferencias, su agente puede hacer lo siguiente:

- Decidir sobre los tratamientos y las cirugías, incluida la posibilidad de utilizar la reanimación cardiopulmonar (RCP), un respirador, una sonda de alimentación y otros tratamientos.
- Decidir si poner fin al tratamiento de soporte vital y centrarse en los cuidados paliativos.
- Revisar y divulgar la historia clínica para su atención y solicitar las prestaciones del seguro de enfermedad en su nombre.
- Elegir los profesionales y organizaciones de asistencia médica que le proporcionarán atención médica.

¿Qué es la RCP?

La reanimación cardiopulmonar, o RCP, es un procedimiento que se utiliza cuando el corazón y la respiración se detienen. La RCP funciona mejor si el cuerpo está sano y se inicia inmediatamente después de que el corazón se detenga. Es menos probable que la RCP tenga éxito si está débil, es mayor o tiene una enfermedad grave.

Si sobrevive, es posible que necesite un respirador (máquina para respirar) debido al debilitamiento de los pulmones. Es importante que hable con su médico y el equipo de atención médica sobre si la RCP se ajusta a sus objetivos.

La atención estándar en el estado de Washington consiste en proporcionar RCP a las personas si su corazón y su respiración se detienen. Compartir sus deseos de RCP en este formulario DPOA-HC puede guiar sus "procedimientos permitidos" si es hospitalizado. Un procedimiento permitido es el tipo de tratamiento emergente que una persona recibiría o no en el hospital si su corazón o su respiración se detuvieran.

Algunas personas que deciden no recibir RCP en un hospital también no quieren recibir RCP en otros entornos. En esta situación, debe preguntar a su médico o cualquier otro miembro del equipo de atención médica sobre la posibilidad de completar las Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST, órdenes portátiles para el tratamiento de soporte vital). Las POLST son una orden médica que comunica las decisiones de atención médica a los servicios de emergencia y otros profesionales médicos.

¿Qué es el soporte vital?

Los tratamientos de soporte vital (también conocidos como de mantenimiento de la vida) son tratamientos médicos que lo mantienen con vida apoyando o sustituyendo funciones corporales importantes. Estos tratamientos no curan las enfermedades. Lo mantienen con vida hasta que mejora o le quitan el soporte vital y lo dejan morir de forma natural. Algunos ejemplos de tratamientos de soporte vital son la RCP, los respiradores, las sondas de alimentación, las transfusiones de sangre y la diálisis renal. Es importante saber que aliviar el dolor y proporcionar cuidados paliativos forman parte de los cuidados rutinarios y no se consideran tratamientos de soporte vital.

¿Qué ocurre si no designo un agente de atención médica?

Si no puede tomar sus propias decisiones de atención médica y no se designa un agente de atención médica, su equipo de atención médica seguirá la ley del estado de Washington para determinar quién puede actuar como la persona que tome dichas decisiones. Esto significa que pedirán a los miembros de la familia o a amigos que tomen las decisiones de atención médica por usted. Si no se puede contar con los familiares o amigos de la lista que figura a continuación, su médico o cualquier otro miembro del equipo de atención médica pueden pedir a un tribunal que designe a un tutor para que tome las decisiones de atención médica en su nombre.

El equipo de atención médica se pondrá en contacto con las personas en el siguiente orden hasta que puedan identificar a un responsable médico para usted (capítulo 7.70.065 del RCW).

1. Un tutor designado por un tribunal (si corresponde)
2. Agente(s) de atención médica designado(s)*
3. Cónyuge o pareja de hecho registrada
4. Hijos mayores de edad*
5. Padres*
6. Hermanos mayores de edad*
7. Nietos mayores de edad que conozcan al paciente*
8. Sobrinos mayores de edad que conozcan al paciente*
9. Tíos mayores de edad que conozcan al paciente*
10. Un amigo cercano mayor de edad que cumpla ciertos criterios

* *En el caso de cualquier grupo que tenga más de un integrante, todas las personas del grupo deben estar de acuerdo con la atención.*

Si no nombra a un agente de atención médica en este formulario

Aunque uno de los objetivos principales de este formulario es nombrar a un agente de atención médica, tiene la opción de no hacerlo. Si no se nombra a un agente de atención médica, el equipo de atención médica seguirá la ley del estado de Washington para determinar quién puede actuar como la persona que tome las decisiones de atención médica (capítulo 7.70.065 del RCW).

Si completa las demás secciones de este formulario, se considerará una declaración de valores personales y no una directiva anticipada de atención médica. Una declaración de valores personales es un resumen de sus objetivos, valores y preferencias. Esta información puede orientar a su responsable médico sobre cómo tomar decisiones en su nombre.

En esta situación, puede considerar también completar una directiva de atención médica, también conocida como testamento en vida, que es una directiva para retirar o retener el tratamiento de soporte vital en situaciones específicas bajo la ley del estado de Washington. Para obtener más información sobre la directiva de atención médica, visite: www.washingtonlawhelp.org o hable con su médico o el equipo de atención médica.

¿Qué debo hacer con esta directiva anticipada?

Una vez que haya completado esta directiva anticipada, debe hablar sobre sus deseos y entregar copias a las personas que le importan, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y con su equipo de atención médica, la clínica y el hospital. Si es el caso, considere la posibilidad de compartir copias con la residencia de ancianos o el centro de asistencia. Es importante que todos tengan una copia.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Si cambia de opinión sobre las decisiones de su directiva anticipada, dígaselo a todas las personas que tengan una copia, incluidos su agente de atención médica, sus seres queridos, el equipo de atención médica, la clínica y el hospital. Puede revocar o anular su directiva anticipada en cualquier momento. Tendrá que comunicarle a su médico o cualquier otro miembro del equipo de atención médica que quiere revocarla, ya sea escribiéndole una carta (asegúrese de firmarla e incluir la fecha) o comunicándoselo verbalmente. Es importante completar una nueva directiva anticipada. Asegúrese de entregar copias de la nueva directiva anticipada a las personas que le importan, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y con su equipo de atención médica, la clínica y el hospital.

¿Qué sucede con la donación de órganos y tejidos?

Indique su decisión sobre la donación de órganos, tejidos y ojos en www.donatelifetoday.com y luego comunique su decisión a su representante de atención médica, su familia y al equipo de atención médica. Registrarse como donante es una decisión legalmente vinculante.

¿Quién decide sobre el trato de mi cuerpo después de mi muerte?

La autoridad de aquellos nombrados en un DPOA-HC termina en el momento de la muerte. Para obtener más información sobre cómo orientar las decisiones después de la muerte y documentar cómo desea que se cuide su cuerpo cuando fallezca, visite www.washingtonfuneral.org o hable con una funeraria o centro de cuidados paliativos local.

¿A quién puedo dirigirme si necesito ayuda con la planificación anticipada de atención médica?

Si necesita ayuda con la planificación anticipada de la atención, póngase en contacto con su equipo de atención médica.

ATENCIÓN EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

MI NOMBRE:

MI FECHA DE NACIMIENTO: / /

MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

TEL. DEL CONSULTORIO DEL PROVEEDOR: ( )

RESPETE MIS DESEOS

MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA (nombrado en el DPOA-HC)**:**

TELÉFONO PRINCIPAL: ( )

MI ☐ DIRECTIVA ANTICIPADA ☐ POLST SE ENCUENTRAN EN:

Recorte y lleve consigo esta tarjeta para que los demás sepan que tiene un agente de atención médica.

Directiva anticipada: Durable Power of Attorney for Health Care

Esta directiva anticipada, un poder notarial durable para la atención médica, le permite nombrar y preparar a su agente de atención médica. Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington.

Mi información:

NOMBRE COMPLETO: PRONOMBRES (opcional):
(p. ej., él/ella/elle)

DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

FECHA DE NACIMIENTO: / /
(dd/mm/aaaa)

For Translation Only,
Complete and Sign an English Advance Directive

NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

La persona que designo como mi agente de atención médica es la siguiente:

NOMBRE COMPLETO: PRONOMBRES (opcional):

VÍNCULO: TELÉFONO PRINCIPAL: ( ) TELÉFONO ALTERNATIVO: ( )

DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

Las personas que designo como mis agentes alternativos son las siguientes:

Si la persona mencionada anteriormente no puede o no quiere tomar mis decisiones de atención médica, entonces designo a las personas mencionadas a continuación como mi primer y segundo agente alternativo de atención médica.

Agente alternativo 1

NOMBRE COMPLETO: PRONOMBRES (opcional):

VÍNCULO: TELÉFONO PRINCIPAL: ( ) TELÉFONO ALTERNATIVO: ( )

DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

Agente alternativo 2

NOMBRE COMPLETO: PRONOMBRES (opcional):

VÍNCULO: TELÉFONO PRINCIPAL: ( ) TELÉFONO ALTERNATIVO: ( )

DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

WSMA Washington State Medical Association
Physician Driven, Patient Focused

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA:

FECHA DE NACIMIENTO: / /
(dd/mm/aaaa)

REV 05/2024

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Considere la posibilidad de compartir lo siguiente: Sea específico. Agregue páginas de ser necesario. Tache las secciones que no quiera completar.

¿Qué es lo que más me importa?

Esta sección lo ayuda a pensar en lo que más le importa. Esta información puede orientar a las personas que le importan a usted, como su agente de atención médica y sus seres queridos, para que tomen decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo usted mismo.

- **¿Qué le gusta hacer, tanto mental como físicamente, que no puede imaginar vivir sin ello? (p. ej., ser capaz de cuidarse a sí mismo, quedarse en su propio hogar, saber quién es y con quién está, etc.).**

- **¿Qué es lo que más valora en la vida?**

¿Cuáles son mis creencias, preferencias y prácticas?

Es importante que las personas que le importan a usted, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y su equipo de atención médica conozcan sus creencias, preferencias y prácticas.

- **¿Qué le proporciona apoyo, consuelo y fuerza en los momentos difíciles? (p. ej., el contacto físico, la música, la temperatura, el entorno, quién está en la habitación, etc.).**

- **¿Qué tratamientos médicos desearía o no desearía (por ejemplo, transfusión de sangre, tratamiento del dolor, alimentación artificial, etc.)?**

- **¿Tiene creencias específicas que le gustaría que orientaran su tratamiento médico?**

For Translation Only,
Complete and Sign an English Advance Directive

Me gustaría que la(s) siguiente(s) persona(s) se pusiera(n) en contacto para apoyar mis creencias, preferencias y prácticas: *(No tendrán poder para tomar decisiones sobre la atención médica).*

NOMBRE: ROL:

TELÉFONO: ( ) ORGANIZACIÓN:

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Al responder a las siguientes preguntas, comparto mis preferencias en materia de atención médica. Si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, quiero que mi agente de atención médica utilice esta información para guiar sus decisiones. Entiendo que esta información puede orientar mi atención, pero puede que no sea posible seguir mis deseos exactamente en cada situación.

RCP: ¿Cuáles son mis deseos?

La atención estándar en el estado de Washington consiste en proporcionar reanimación cardiopulmonar (RCP) a las personas si su corazón y su respiración se detienen. Esta sección puede orientar a su agente de atención médica y al equipo de atención médica sobre la conveniencia de realizar RCP si está hospitalizado y su corazón y respiración se detienen (también conocido como "medidas de reanimación").

Si me hospitalizan y mi corazón y mi respiración se detienen:

☐ Quiero que se intente realizar RCP.

☐ Quiero que se intente realizar RCP, a menos que haya habido un cambio en mi salud, y tenga:
- pocas posibilidades de vivir una vida que se ajuste a los objetivos y valores que he declarado en este formulario o que he discutido con mi agente de atención médica; o
- una enfermedad o lesión que no se puede curar, y es probable que muera pronto; o
- pocas posibilidades de sobrevivir, incluso si mi corazón vuelve a responder.

☐ No quiero que se intente realizar RCP. Quiero que me dejen morir de forma natural. *(Hable con su proveedor de atención médica sobre un formulario de POLST).*

Soporte vital: ¿Cuáles son mis deseos?

Su respuesta a continuación está destinada a orientar a su agente de asistencia médica. Responder a esta pregunta no convierte este formulario en una directiva de atención médica, que es una directiva para retirar o retener el tratamiento de soporte vital en situaciones específicas bajo la ley del estado de Washington. Para obtener más información sobre la directiva de atención médica, visite: www.washingtonlawhelp.org o hable con su médico o el equipo de atención médica.

Si estoy tan enfermo o lesionado que es probable que muera pronto o estoy en coma y no es probable que me recupere, quiero que mi agente de atención médica haga lo siguiente:

☐ Recurra a todos los tratamientos de soporte vital para mantenerme con vida aunque haya pocas posibilidades de recuperación. Quiero seguir con el soporte vital.

☐ Continúe intentando todos los tratamientos de soporte vital que mi equipo de atención médica considere que podrían ayudar a prolongar mi vida (puede establecer un período de tiempo para continuar intentando todos los tratamientos de soporte vital: días/semanas/meses/años: _____). Si los tratamientos no funcionan y hay pocas posibilidades de vivir una vida que se adapte a mis objetivos y valores, no quiero seguir con el soporte vital. Ante esa situación, permítame morir naturalmente.

☐ Que me permita morir de forma natural. No quiero estar con soporte vital. Si se han iniciado tratamientos de soporte vital, quiero que se abandonen.

☐ Quiero que mi agente de atención médica decida por mí.

Directivas adicionales

Si me estoy muriendo y mi atención médica, sistema de apoyo y recursos lo permiten, mi preferencia sería morir en el siguiente lugar:

☐ En mi casa o en la de un ser querido (con hospicio si se desea).

☐ En un centro médico.

☐ No tengo ninguna preferencia.

☐ Otro (especifique): _____

continuación >

Complete and Sign an English Advance Directive
For Translation Only

Directivas adicionales *(continuación)*

Escriba cualquier información adicional que desee que su agente de atención médica, el equipo de atención médica u otras personas conozcan sobre sus deseos de atención médica. A los fines de este documento, puede incluir una declaración como "En el momento de mi muerte, soy/no soy donante de órganos y mi deseo es ... (por ejemplo: cremación, entierro, compostaje humano, etc.)". Tenga en cuenta que sus deseos de donación de órganos y los planes para sus restos pueden documentarse por separado si así lo desea.

AUTORIZACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Facultades que otorgo a mi agente: Autorizo a mi agente a tomar todas las decisiones sobre mi atención médica. Esto incluye, pero no se limita a: (a) dar consentimiento, rechazar consentimiento y retirar consentimiento para tratamientos médicos recomendados por mis médicos, incluidos los tratamientos para mantener la vida; (b) solicitar tratamientos médicos específicos; (c) contratar y despedir miembros del equipo de atención médica; (d) cambiar mis aseguradoras de salud; (e) firmar un formulario de Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST); (f) trasladarme a otro centro, hogar privado u otros lugares; y (g) acceder a mis registros médicos e información.

Doy fe de lo siguiente: Entiendo la importancia y el significado de este durable power of attorney for health care (DPOA-HC). Este formulario refleja mis elecciones de agente de atención médica y mis objetivos, valores y preferencias. He rellenado este formulario voluntariamente. Pienso con claridad. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Entiendo que puedo revocar y sustituir este formulario en cualquier momento. Revoco cualquier poder notarial durable para la atención médica anterior. Quiero que este DPOA-HC entre en vigor si un médico o un psicólogo autorizado determina que no tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica. Esta directiva continuará mientras dure mi incapacidad.

MI FIRMA: _____ FECHA: _____

For Translation Only
Complete and Sign an English Advance Directive

Requisitos de los testigos o del notario

Debe hacer que su firma sea atestiguada por dos personas o reconocida por un notario.

OPCIÓN 1: DOS TESTIGOS

Declaración de los testigos: Declaro que cumplo las normas para ser testigo.

FIRMA DEL TESTIGO 1: _____ FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

FIRMA DEL TESTIGO 2: _____ FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

Normas para ser testigo:

- Debe tener al menos 18 años y ser competente.
- No puede ser pariente de sangre suyo, de su agente de atención médica, de su cónyuge o pareja de hecho registrada en el estado.
- No puede ser su proveedor de atención domiciliaria o un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o en un centro de cuidados de larga duración donde usted vive.
- No puede ser su agente de atención médica designado.

OPCIÓN 2: NOTARIO

ESTADO DE WASHINGTON)
)
CONDADO DE _____)

Este registro fue reconocido ante mí el _____ de _____ ,

por (nombre de la persona): _____

Firma: _____ Cargo: _____ Exp.: _____

Washington State Medical Association
Physician Driven, Patient Focused

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
(dd/mm/aaaa)

REV 05/2024