

Directrices Anticipadas

Aclarándolo todo:

Su familia ✓

Su vida ✓

Su doctor ✓

Su decisión ✓

Su comunidad ✓

Averigüe sus opciones para la atención médica al final de la vida.

Comunique sus decisiones.

Lea acerca de lo que representan las Directrices Anticipadas y sus componentes.

Aclare las preocupaciones que tenga.

Refuerce en su familia la confianza de conocer sus deseos.

Expresa la atención médica deseada por usted.

Mantenga una comunicación abierta

A medida que envejecemos tenemos la expectativa de que la vida será más larga y disfrutamos de más oportunidades con nuestros seres queridos. Preparar las Directrices Anticipadas, por si acaso nos sucediera algo, es otra forma de mantener la comunicación abierta y disfrutar del tiempo que tenemos sin la preocupación de que quienes nos aman no sabrán qué hacer ni cómo cumplir nuestros deseos.

¿Cómo pueden ser útiles las Directrices Anticipadas?

Las Directrices Anticipadas permiten que las decisiones difíciles se les hagan más fáciles a sus familiares y seres queridos. Al planificar con ellos y haciéndoles saber sus decisiones personales, ellos están mejor preparados para tomar las decisiones difíciles y cumplir sus deseos.

¿Qué son las Directrices Anticipadas?

Es la declaración por escrito, o verbal, en que se describen sus deseos personales relativos a la atención médica que usted quiere, o no quiere, si llega a quedar incapacitado para tomar sus propias decisiones.

¿Dónde puedo encontrar los Formularios de Directrices Anticipadas?

Su proveedor de atención médica o abogado están disponibles para ayudarle con los formularios o cualquier pregunta que pueda tener.

¿NECESITO un abogado PARA VALIDAR MIS DOCUMENTOS?

No, las Directrices pueden ponerse en marcha y rellenarse sin la ayuda del abogado, aunque se le puede contratar. Conviene consultar con su médico a medida que considere rellenar el Formulario de Directrices Anticipadas y conversar de sus decisiones con sus familiares.

Tipos de Directrices Anticipadas:

EL TESTAMENTO VITAL

Declaración por escrito, o verbal, de la clase de atención médica que desea o no, si llegara a quedar incapacitado para tomar decisiones por sí mismo. Se le llama "testamento vital" porque entra en vigor mientras usted aún vive.

UN SUBSTITUTO DESIGNADO PARA SU CUIDADO MÉDICO

Es el documento en que se asigna a alguien más como representante suyo para tomar decisiones médicas en su nombre, si usted no las puede tomar por sí mismo. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que quiera, o que no quiera, y también designar el sustituto suplente para tomar decisiones médicas.

UNA DONACIÓN ANATÓMICA

Es el documento en que se señala su deseo de donar todo su cuerpo, u órganos, cuando fallezca.

Escogiendo una directriz anticipada

Aunque no hay ninguna obligación legal de tener Directrices Anticipadas, si usted llega a estar en la lamentable situación de no poder hablar por sí mismo, algún juez puede nombrar a un tutor, que sería algún familiar en edad adulta, o un amigo allegado, quien podría estar al tanto de sus deseos o no, para tomar decisiones importantes acerca de su salud.

Cuando se preparan las Directrices Anticipadas y se conversa acerca de ellas con las personas importantes en su vida, usted tendrá una mejor garantía de que sus deseos sean cumplidos.

Según sus necesidades particulares, tal vez le convenga tener varios tipos de Directrices Anticipadas. Puede escoger tener un solo tipo o combinar cualquiera de las tres clases de Directrices Anticipadas.

Escoja al sustituto que tomará por usted las decisiones médicas

Los sustitutos que toman las decisiones médicas por otra persona pueden desempeñarse en su nombre durante cualquier cantidad de tiempo a consecuencia de padecimientos médicos con riesgo de muerte y de aquéllos que no implican dicho riesgo.

Debe ser:

- Alguien en quien usted confía.
- Alguien capaz de tomar decisiones basándose en sus deseos y no en las propias preferencias o convicciones personales de él o ella.
- Alguien que viva en su proximidad.

Una vez que usted decida quién será su sustituto:

- Asegúrese de preguntarle si acepta asumir dicha responsabilidad.
- Converse de cómo quiere usted que se manejen las cosas.
- Entréguele una copia del documento.

El papel del sustituto que toma por usted decisiones médicas

En el caso de que no pueda analizar la información y comunicar lo que usted desea que se haga en cuanto a su atención médica, su sustituto, que toma por usted las decisiones médicas, queda autorizado a:

Actuar y hablar por usted a medida que toma decisiones que reflejan sus deseos.

Las ventajas de tener Directrices Anticipadas por escrito.

- Usted está A CARGO de tomar sus propias decisiones.
- Sus decisiones se pueden cambiar, o poner al día, EN CUALQUIER MOMENTO.
- NO LE HACE FALTA abogado.
- Garantiza que se respeten sus deseos relativos a su atención médica personal.
- En el caso de que familiares se vean obligados a tomar decisiones sobre si se deben emplear o no medidas para prolongarle la vida, el ser capaces de basarse en sus propios deseos, puede contribuir a reducir el estrés innecesario de los familiares en esos momentos tan delicados.

Considere estas situaciones:

1. El Sr. J., de 84 años, quien vive con su esposa, con la que lleva 50 años de matrimonio, tiene que hospitalizarse después de caerse repentinamente mientras caminaba por su cuadra. El Sr. J. no tiene antecedentes de complicaciones médicas, no respondió al tratamiento, y hay que supervisarlos las 24 horas. A las 48 horas de haberlo ingresado, el Sr. J. sufre un infarto, y el equipo de respuesta de emergencia quiere saber qué es lo que dicen sus Directrices Anticipadas.
2. La Sra. S., de 54 años de edad, acompañaba a su esposo al hospital para que se le evaluaran sus preocupaciones de tener dolor en el pecho y falta de aire. Han ido varias veces en un mes a la sala de emergencias y están preocupados de que sea algo grave. Al Sr. S., que ha fumado mucho desde hace más de 30 años, se le ha diagnosticado enfisema, y el médico le explicó que si lo ponen en el respirador es muy posible que los pulmones no fueran lo suficientemente fuertes más tarde para respirar por sí solos. El Sr. y la Sra. S. nunca habían considerado nada en cuanto a decisiones para el final de la vida y se encuentran en shock al enterarse de la realidad de la situación del Sr. S.

considere lo siguiente...

Los que se encuentran en ambas de las situaciones descritas se enfrentaron a decisiones que tuvieron que tomar en momentos de crisis. Puesto que toda crisis le causa estrés a la persona afectada y a su familia, cuando se dedica tiempo a conversar sobre sus deseos personales con sus seres queridos y se llena el Formulario de Directrices Anticipadas, se puede eliminar, o se podría hasta evitar, mucho estrés durante esos momentos delicados.

Definiciones

PADECIMIENTO TERMINAL

Padecimiento irreversible causado por alguna lesión, patología o enfermedad que ha conducido al deterioro progresivo grave y permanente y que, según el grado razonable de las probabilidades médicas, el tratamiento del padecimiento sería ineficaz.

ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Padecimiento permanente e irreversible de la pérdida del conocimiento en que existen la falta de actos voluntarios, o de conducta cognoscitiva de cualquier tipo y la incapacidad de comunicarse o interactuar deliberadamente con el entorno.

ESTADO TERMINAL

Padecimiento a causa de alguna lesión, enfermedad o patología de lo que no hay probabilidad médica de recuperarse, y se puede esperar que ello cause la muerte en la ausencia de tratamiento.

PARA PROLONGAR LA VIDA

Todo procedimiento, tratamiento o intervención médica, inclusive el sustento y la hidratación por medios artificiales, que sostiene, restaura o sustituye una función vital espontánea.

CUIDADO PALIATIVO/PARA CONFORT

Atención que facilita el confort inmediato, como la limpieza, el calor humano, el control del dolor y también alimentos y agua a petición del paciente.

La siguiente tarjeta se puede utilizar como un método conveniente para informar a otros sobre sus instrucciones anticipadas de atención médica. Complete la información en la tarjeta y recórtela. Coloque en su billetera o bolso. También puede hacer copias y colocar otra en su refrigerador, en la guantera de su auto u otro lugar fácil de encontrar.

DIRECTRICES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo,

he creado las siguientes Directrices Anticipadas

Testamento vital

Designación de sustituto de atención médica

Donación anatómica

Otro [especifique]

_____ DOBLAR _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma _____

Agency for Health Care
Administration
2727 Mahan Drive,
Tallahassee, Florida 32308
1-888-419-3456

www.FloridaHealthFinder.gov
www.MyFloridaRx.com
<http://ahca.myflorida.com>

04-2006

corte a lo largo de la línea punteada 

Testamento vital

La declaración hecha este _____ día de _____, 20____, Yo, _____, voluntariamente y dio a conocer mi deseo de que mi muerte no sea prolongada artificialmente bajo las circunstancias establecidas a continuación, y por la presente declaro que, si en algún momento estoy mental o físicamente incapacitado y _____ [iniciales] Tengo una condición terminal,
o _____ [iniciales] Tengo una condición de etapa final,
o _____ [iniciales] estoy en un estado vegetativo persistente,
y si mi médico y otro médico consultor han determinado que no existe una probabilidad médica razonable de recuperación de dicha condición, ordeno que los procedimientos de prolongación de la vida sean retenidos o retirados cuando la aplicación de estos solo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural sólo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme atención de confort o para aliviar el dolor.

Deseo, _____, no deseo _____, que se me retenga o retire la nutrición y la hidratación [comida y agua] cuando la aplicación de tales procedimientos sirva sólo para prolongar artificialmente el proceso de muerte.

Es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal a rechazar un tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal rechazo.

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Entiendo la importancia total de esta declaración, y soy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales [opcional]:

Firma _____

Testigo _____

Testigo _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Al menos un testigo no debe ser un esposo o esposa o pariente consanguíneo del director.

Designación de sustituto de atención médica

Nombre _____

En el caso de que se haya determinado que estoy incapacitado para dar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar a mi sustituto para las decisiones de atención médica:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Si mi sustituto no quiere o no puede cumplir con sus obligaciones, deseo designar a mi sustituto suplente:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a mi designado tomar decisiones de atención médica y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre, o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo de la atención médica, y para autorizar mi ingreso o transferencia desde un centro de atención médica.

Instrucciones adicionales [opcional] _____

Instrucciones adicionales [opcional] Además, afirmo que esta designación no se realiza como una condición de tratamiento o admisión a un establecimiento de atención médica. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas que no sean mi sustituto, para que puedan saber quién es mi sustituto.

Nombre _____ Signature _____ Fecha _____

Nombre _____ Signature _____ Fecha _____

Testigos:

1. _____

2. _____

Al menos un testigo no debe ser un esposo o esposa o pariente consanguíneo del director.



Formulario de donante de órganos

Por la presente, el firmante hace este regalo anatómico, si es médicamente aceptable, para que tenga efecto en la muerte.

Las palabras y las marcas a continuación indican mis deseos:

Yo doy:

[a] _____ cualquier órgano o parte necesaria

[b] _____ sólo los siguientes órganos o partes para fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación

[c] _____ mi cuerpo para estudio anatómico si es necesario. Limitaciones o deseos especiales, si alguno:

Firmado por el donante y los siguientes testigos en presencia del otro:

Firma del donante _____

Fecha de nacimiento del donante _____ Fecha Firmada _____

Ciudad y estado _____

Testigo #1 _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Testigo #2 _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Puede usar este formulario para indicar su elección para ser un donante de órganos. O puede designarlo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado [en la oficina de licencias de conducir más cercana].

Notice of Nondiscrimination: Discrimination is Against the Law

Leon Medical Centers Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Leon Medical Centers Health Plans does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Leon Medical Centers Health Plans:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Member Services Department at 1-866-393-5366, 8 a.m.–8 p.m., 7 days a week. If you believe that Leon Medical Centers Health Plans has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Grievance Department, 8600 NW 41st Street, Suite 201 Doral, FL 33166, Phone: 1-866-393-5366, TTY 711, Fax: (305) 642-1144.

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Member Services is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



INT_17_50238BL

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Leon Medical Centers Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Leon Medical Centers Health Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Leon Medical Centers Health Plans:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro al 1-866-393-5366, 8 a.m. – 8 p.m., 7 días de la semana. Si considera que Leon Medical Centers Health Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al:

Departamento de Quejas, 8600 NW 41st Street, Suite 201 Doral, FL 33166, Teléfono: 1-866-393-5366, TTY 711, Fax:(305) 642-1144.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Servicio al Miembro está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal (Oficina de Derechos Civiles portal de quejas), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services / Servicios de Intérpretes de Varios Idiomas

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-393-5366 (TTY 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-393-5366 (TTY 711).

French (Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-393-5366 (TTY 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-393-5366 (TTY 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-393-5366 (TTY 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-393-5366 (TTY 711)

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-393-5366 (ATS 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-393-5366 (TTY 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-393-5366 (телетайп: 711).

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-393-5366 (رقم هاتف الصم والبكم 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-393-5366 (TTY 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-393-5366 (TTY 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-393-5366 (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-393-5366 (TTY 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-393-5366 (TTY 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-393-5366 (TTY 711).



Para más información, por favor llame a
LEON MEDICAL CENTERS
Servicio al paciente:

305.642.5366

o

Hable con su médico acerca de sus opciones.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., and Bravo Health Pennsylvania, Inc. HealthSpring of Florida, Inc. opera bajo el nombre supuesto de "Leon Medical Centers Health Plans" en el área de servicio Miami-Dade. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. "Leon Medical Centers" es una marca comercial registrada de Leon Medical Centers. Leon Medical Centers Health Plans es un plan HMO con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid de la Florida. La inscripción en Leon Medical Centers Health Plans depende de la renovación de contrato. ©2019 Cigna



Otros recursos incluyen:

www.agingwithdignity.org | Aging with Dignity 888.594.7437

www.FloridaHealthFinder.gov | [haga clic en folletos y guías] | 888.419.3456

American Association of Retired Persons [AARP] | www.aarp.org
[Escriba “directrices anticipadas” en el área de búsqueda del sitio web].