



# Directrices Anticipadas

 **LEON**



# ¿Cómo Entender las Directrices Anticipadas?

## *Guía para pacientes y familias*

Les puede resultar difícil a los médicos y seres queridos saber qué tipos de tratamientos médicos quiere usted, si está demasiado enfermo para expresar sus deseos. ¿Qué sería importante para usted? ¿Quisiera prolongar la vida, independientemente del dolor y una posibilidad leve de recuperarse? ¿Quisiera actuar según sus creencias religiosas? ¿Cuáles son esas creencias? ¿Hay procedimientos médicos que no quiere que le hagan? ¿Quisiera estar con sus seres queridos si se estuviera muriendo? Al pensar en estas preguntas por anticipado y ponderar sus valores, usted puede guiar el camino de su atención médica.

### ¿Qué es la Directriz Anticipada?

La Directriz Anticipada es el modelo legal por el que se le informa a sus médicos y seres queridos del tipo de atención médica que quiere (o que no quiere), si está demasiado enfermo o lesionado para hablar por sí mismo(a). Podría decidir llenar una, dos o las tres formas. En este folleto se da información para ayudarlo a decidir lo que mejor servirá para sus necesidades.

Se suelen incluir:

- **El Testamento Vital** – indica sus deseos sobre los tratamientos médicos, si usted no puede hablar por sí mismo(a) — tales como el soporte vital, alimentación por sonda o ventilación mecánica.
- **El Nombramiento del Sustituto Decisor (o Apoderado) para Cuestiones Médicas** - la persona que usted escoja para tomar decisiones por usted sobre cuestiones de atención médica, si usted no puede.
- **El Donativo Anatómico (Modelo del Donante)** – indica su deseo de donar, al morir, todo su cuerpo o parte de éste. Puede tratarse de un donativo de órganos y tejidos a personas necesitadas o un donativo de su cuerpo para formar a empleados del sector salud.

### ¿Qué es el testamento vital?

**El Testamento Vital** – El Testamento Vital es el documento en que se explican sus deseos sobre su atención médica, si no es capaz de tomar decisiones por sí mismo(a).

- Se especifican sus preferencias por tratamientos de sostenimiento de la vida, tales como:
  - CPR (reanimación cardiopulmonar).
  - Ventilación mecánica o máquinas ventiladoras.
  - Alimentación por sonda o hidratación.
  - Otras intervenciones médicas en enfermedades graves o situaciones en que termina la vida.

## **¿Qué es el Sustituto Decisor para Cuestiones Médicas?**

**Su Sustituto Decisor para Cuestiones Médicas** (también conocido por **agente**) es la persona en que usted confía para que ocupe su lugar y tome, en nombre suyo, las decisiones médicas que reflejan sus deseos cuando usted no puede hacerlo. Puede ser nombrado, según el Estatuto de la Florida 765.202, todo adulto competente – definido como de, por lo menos 18 años de edad, y capacitado mentalmente.

Esta persona debe:

- Saber cuáles son sus valores, creencias y deseos en relación con la atención médica.
- Estar cómodo al conversar con sus médicos y familiares.
- Ser capaz de tomar decisiones según los deseos suyos y no según las preferencias o creencias personales de él o ella.
- Estar listo a tomar decisiones en momentos estresantes.

## **¿Qué es el Donativo Anatómico?**

Es el documento que indica su deseo de donar, al morir, todo su cuerpo o parte de él. Puede tratarse de un donativo de órganos y tejidos a personas necesitadas o un donativo de su cuerpo para formar a empleados del sector salud. Puede indicar su deseo de ser donante de órganos en su licencia de conducción o en su carné de identificación del estado (en la oficina de licencias de conducción más cercana), al firmar el modelo uniforme de donante (visto en otra parte de este folleto) o expresando su deseo en el testamento vital.

## **¿Cómo lo ayuda?**

- Se asegura de que sus deseos se cumplan cuando no puede hablar por sí mismo(a).
- Les ayuda a sus familiares y médicos a entender la atención que usted quiere.
- Reduce el estrés y la confusión de los seres queridos durante las emergencias.
- Le da paz de espíritu al saber que sus decisiones se conocen y se respetan.

## **¿Las Directrices Anticipadas, las tiene que redactar un abogado?**

- No, los procedimientos son sencillos y no necesitan abogado, aunque usted puede decidir consultarlo.
- Sin embargo, es requisito que la Directriz Anticipada, aunque se trate de un documento por escrito o una declaración oral, tenga dos testigos. Por lo menos, uno de los testigos no puede ser ni el esposo o esposa, ni tampoco un pariente por consanguinidad.

## **¿Cómo escoger la Directriz Anticipada ideal?**

- Usted puede llenar:
  - El Testamento Vital para manifestar los tratamientos que desea.
  - El modelo de Nombramiento de Sustituto Decisor para Cuestiones Médicas para nombrar a alguien que decida por usted.
- Puede llenar ambos.
- Puede modificar o cancelar su Directriz Anticipada en cualquier momento.

## **Las ventajas de tenerla**

- Protege su derecho de escoger su atención médica.
- Evita los tratamientos médicos indeseados.
- Reduce los desacuerdos entre la familia.
- Ayuda a sus médicos a saber exactamente qué hacer.
- Le da a usted el control y tranquilidad respecto a sus decisiones en materia de atención médica.

## **¿Cuál es el papel del Sustituto Decisor para Cuestiones Médicas?**

- Hablar con los médicos en nombre suyo.
- Examinar la información médica.
- Aprobar o rechazar tratamientos según sus deseos.
- Asegurarse de que las directrices anticipadas se cumplan.
- Tomar decisiones según sus deseos solamente cuando usted no puede.

## **¿Qué debo hacer con mi Directriz Anticipada?**

Entréguelas copias de su Directriz Anticipada a:

- Su médico.
- Su sustituto decisor para cuestiones de atención médica/agente.
- Sus familiares cercanos.
- Guarde una en la casa, en un lugar fácil de encontrar.
- Siempre puede modificar o cancelar su Directriz Anticipada. Los cambios deben ser por escrito, estar firmados y llevar la fecha correspondiente. Es importante que revise los documentos habitualmente para asegurarse de que reflejan claramente los pensamientos suyos en ese momento. Si cambia algo, puede llenar modelos nuevos y avisarles a los responsables de llevar a cabo sus deseos en materia de atención médica.

# Más Información sobre las Directrices Anticipadas

Antes de decidir acerca de las Directrices Anticipadas, tal vez convenga que considere más opciones y otras fuentes de información, inclusive lo siguiente:

- Como alternativa al sustituto decisor para cuestiones médicas o además del mismo, tal vez convenga que constituya el poder notarial duradero. Por medio del documento por escrito, nombre a otra persona para que actúe en nombre suyo. Es semejante al sustituto decisor para cuestiones médicas, pero a la persona se le puede nombrar a fin de que realice varias actividades (financieras, legales, médicas, etc.). Puede consultar al abogado para informarse más o lea el Capítulo 709 de los Estatutos de la Florida. Si escoge a alguien para que haga cumplir su poder notarial duradero, asegúrese de pedirle a la persona si él o ella está de acuerdo en aceptar esta responsabilidad, de hablar sobre cómo desea que se manejen los asuntos y entregarle a la persona una copia del documento.
- Si tiene una enfermedad terminal (o si algún ser querido suyo se encuentra en estado vegetativo persistente) **tal vez quisiera considerar tener desde antes a la hospitalización una Orden de No Reanimar (conocida en inglés por “DNRO”). La DNRO identifica a aquéllos que no desean que se les reanime de un paro respiratorio o cardiaco. La DNRO anterior a la hospitalización es** un modelo color amarillo que puede conseguir en el Departamento de Salud de la Florida (DOH). Su abogado, profesional de la salud o servicio de ambulancias también podrían tener copias disponibles para que las use. Usted o su representante legal y su médico firman el modelo DNRO. Hay más información disponible en el Departamento de Salud de la Florida o en la dirección [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) (escriba “DNRO” en los buscadores de esos sitios en las redes). Cuando se le da ingreso al hospital, el DNRO anterior a la hospitalización puede usarse mientras permanezca en el hospital, o el hospital podría tener su propio modelo y procedimiento a fin de documentar la Orden de No Reanimar.
- Si quiere informarse más de los donativos de órganos y tejidos, favor de visitar el Joshua Abbott Organ and Tissue Donor Registry (El Registro Joshua Abbott de Donadores de Tejidos y Órganos en la dirección [www.DonateLifeFlorida.org](http://www.DonateLifeFlorida.org) donde se pueden convertir, en línea, en donantes de órganos, tejidos y ojos.
- Varias organizaciones también tienen disponibles los formularios de las Directrices Anticipadas. Puede obtener más información en:
  - Florida Agency for Health Care Administration (Agencia de la Florida para la Administración de Atención de Salud) <https://quality.healthfinder.fl.gov/report-guides/advance-directives> (888) 419-3456
  - Aging with Dignity – Five Wishes (Aging with Dignity – Five Wishes) [www.AgingWithDignity.org](http://www.AgingWithDignity.org) (888) 594-7437
  - American Association of Retired Persons (AARP) (la Asociación Americana de Personas Retiradas) [www.aarp.org](http://www.aarp.org) (teclee “advance directives” en el buscador del sitio web ).

Su hospital local, hogar de ancianos, hospicio, agencia de atención domiciliaria y su abogado o proveedor de atención médica pueden ayudarle con los formularios o con información adicional.

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.

<b>DIRECTRICES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	
Yo, _____	
He creado las siguientes Directrices Anticipadas:	
<input type="checkbox"/> Testamento vital	
<input type="checkbox"/> Designación de sustituto de atención médica	
<input type="checkbox"/> Donación anatómica	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	
<b>DOBLAR</b> _____	
Nombre _____	
Dirección _____ _____	
Teléfono _____	
Firma _____	

corte a lo largo de la línea punteada

Agency for Health Care Administration  
2727 Mahan Drive, Tallahassee, Florida 32308 | 1-888-419-3456  
[www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov) | [www.MyFloridaRx.com](http://www.MyFloridaRx.com)  
<http://ahca.myflorida.com> 04-2006



# Testamento vital

Conforme al Párrafo 765.202 de los Estatutos de la Florida

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Dirección:** \_\_\_\_\_

Yo, siendo quien firma más abajo, hago esta declaración para darles orientaciones a mis médicos y seres queridos en relación con mi atención médica, si no puedo tomar mis propias decisiones en materia de atención médica.

## Declaración de deseos

Si tuviera una enfermedad terminal, estuviera en un estado permanente de inconciencia o no fuera capaz de tomar decisiones, pido que se me dé tratamiento médico según las preferencias siguientes:

- **Tratamientos para sostener la vida:**  
 **NO** quiero tratamientos para sostener la vida, si únicamente prolongan el proceso de morir.  
 **Sí** quiero todos los tratamientos posibles para prolongar la vida, si corresponden.
- **Reanimación (CPR o reanimación cardiopulmonar):**  
 **NO** quiero CPR (No Reanimar).  
 **Quiero** CPR o reanimación cardiopulmonar, si se me para el corazón.
- **Respiración mecánica (máquina de respiración artificial):**  
 **NO** quiero respiración mecánica si no puedo respirar por mí mismo(a).  
 **Quiero** respiración mecánica, si es médicaamente apropiado.
- **Sonda de alimentación o hidratación:**  
 **NO** quiero nutrición artificial ni hidratación, si no puedo comer ni beber.  
 **Quiero** nutrición artificial e hidratación, si es médicaamente apropiado.
- **Alivio del dolor y cuidados paliativos:**  
 **Quiero**, en todo momento, alivio para el dolor y cuidados paliativos, aunque eso me apresure la muerte.

Es mi intención de que esta declaración la honren mis familiares y médicos como la última expresión de mi derecho legal de rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos y acepten las consecuencias de tales rechazos.

Entiendo que puedo, en cualquier momento, **revocar o modificar** este Testamento Vital mientras me encuentre capaz.

Entiendo la plena importancia de esta declaración y tengo la capacidad emocional y mental para hacer esta declaración.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Testigos** (la ley de Florida requiere dos testigos, al menos uno de ellos no debe ser cónyuge ni pariente consanguíneo del otorgante, ni alguien con derecho a heredar)

**1. Nombre del testigo:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**2. Nombre del testigo:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



# Nombramiento del Sustituto Decisor en Cuestiones Médicas

**Nombre del Mandante:** \_\_\_\_\_  
(la persona que hace este nombramiento)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Dirección:** \_\_\_\_\_

En caso de que se determine que estoy incapacitado y que no puedo dar el consentimiento informado de mis tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos o atención diagnóstica, nombro a la siguiente persona para que tome las decisiones sobre cuestiones médicas en nombre mío:

Primer sustituto decisor en cuestiones médicas

- **Nombre:** \_\_\_\_\_
- **Dirección:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Si mi primer sustituto no está dispuesto a actuar o es incapaz de hacerlo, nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) para que actúe(n) como mi **Decisor(es) Suplente(s) en Cuestiones Médicas:**

- **Nombre:** \_\_\_\_\_
- **Dirección:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_
  
- **Nombre:** \_\_\_\_\_
- **Dirección:** \_\_\_\_\_
- **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Entiendo que este nombramiento autoriza a mi decisor suplente en cuestiones médicas a tomar en mi nombre decisiones sobre cuestiones médicas, inclusive dar, negar o retirar el consentimiento para mi atención y tratamientos médicos, solicitar pagos de beneficios públicos a fin de ayudar a costear mi atención médica y autorizar mi ingreso en un centro de atención médica o traslado del mismo.

## Instrucciones adicionales (opcionales):

Este nombramiento no se hace como condición de tratamiento o ingreso en un centro de atención médica. Les entregaré copias de este modelo a quienes están señalados a continuación para que tengan conocimiento de quién es mi sustituto decisor en cuestiones médicas.

## Nombre de contacto adicional (opcional)

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Testigos:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

*(Por lo menos, un testigo no puede ser esposo o esposa ni tampoco pariente por consanguinidad del mandante).*



# Modelo Uniforme de Donante

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Dirección: \_\_\_\_\_

Quien firma más abajo hace por la presente este regalo anatómico, si es aceptable médicaamente, que tendrá vigencia al morir.

Quiero **donar cualquier órgano y tejido**.

Quiero donar **solo los siguientes** órganos o tejidos:

- |   |                                      |  |                                   |
|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Riñones        | <input type="checkbox"/> Hígado      | <input type="checkbox"/> Páncreas          | <input type="checkbox"/> Pulmones |
| <input type="checkbox"/> Ojos / Córneas | <input type="checkbox"/> Tejido óseo | <input type="checkbox"/> Tejido de la piel | <input type="checkbox"/> Corazón  |

**NO** deseo **donar** ningún órgano o tejido

Quiero donar mi cuerpo para estudios anatómicos, si se necesitan. Limitaciones o deseos especiales, si los hay:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi regalo de órganos y tejidos **NO SE PUEDE USAR** en investigaciones médicas.

**Firmado por el donante y los testigos siguientes en presencia mutua:**

• Nombre: \_\_\_\_\_

• Dirección: \_\_\_\_\_

• Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

• Nombre: \_\_\_\_\_

• Dirección: \_\_\_\_\_

• Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

• Nombre: \_\_\_\_\_

• Dirección: \_\_\_\_\_

• Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Puede usar este modelo a fin de señalar su decisión de ser donante de órganos o puede designarlo en su licencia de conducción o tarjeta de identificación del estado (en la oficina de licencias de conducción más cercana)





Otros recursos incluyen:

Aging with Dignity

**www.agingwithdignity.org**

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).



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.