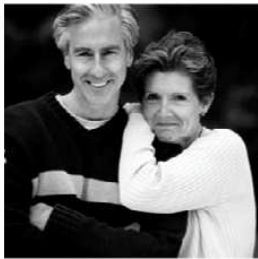


# Guía para Planificar Directrices Avanzadas

Un proceso para pensar, hablar y planificar en caso de enfermedades terminales o atención médica para el final de la vida.



*Directrices Avanzadas en New Hampshire:*

Poder médico duradero (DPOAH)

Testamento vital



FOUNDATION FOR  
HEALTHY COMMUNITIES

[www.healthynh.com](http://www.healthynh.com)

## ¿Por qué debería llenar unas directrices avanzadas?

Tomar decisiones sobre atención médica no es fácil, sobre todo ahora que las máquinas pueden mantener a los pacientes vivos aunque no haya ninguna esperanza de que se recuperen. **Usted tiene derecho a participar en su atención médica y a planificarla.** Pero puede que llegue un momento en que no pueda tomar sus propias decisiones respecto a su atención médica. Por eso es importante que piense y que hable sobre sus sentimientos y creencias con sus seres queridos, mucho antes de que sea necesario tomar decisiones.

Esta guía le proporciona información para llenar un documento de directrices avanzadas, en el cual explicará sus preferencias respecto a la atención médica que quiere recibir en el futuro. Por favor, léala con atención y hable con su familia, su médico, su enfermera practicante, el representante del paciente, el cura u otra persona que le cuide.

No es obligatorio tener un documento con sus directrices avanzadas. Ni el hospital, ni la clínica, ni el médico, la enfermera practicante o la compañía de seguros tienen derecho a exigirle que tenga un documento de directrices avanzadas como requisito para recibir servicios. Sin embargo, le conviene tener un documento con las directrices avanzadas para asegurarse de que su familia y los profesionales sanitarios cumplan con sus deseos respecto a su atención médica. Ellos no tendrán que pasarlo mal tomando decisiones difíciles, o sin saber qué querría que hicieran. Y si su familia o los profesionales sanitarios no se ponen de acuerdo sobre qué es lo mejor para usted, el documento de las directrices avanzadas ayudará a evitar la intervención de los tribunales, que puede ser un proceso difícil, largo y costoso.

NOTA: La primera vez que se mencionen palabras que puede que no entienda, se pondrán en cursiva y encontrará la definición en la sección "Definiciones" al final del folleto.

Por favor, tenga en cuenta que estos formularios no son los formularios legales de NH. Puede obtener los formularios legales en las Leyes Revisadas Anotadas 137-J de NH. Los formularios adjuntos son muy parecidos a los formularios legales de NH, pero están escritos en un lenguaje más sencillo. Esta guía se preparó en base a la legislación de New Hampshire en enero de 2007 y se publica con una intención informativa, no para ser asesoría jurídica. No pretende sustituir asesoría legal, médica o de otro tipo. Consulte con un experto en la materia respecto a la interpretación y aplicación de la legislación actual en New Hampshire. Puede reimprimir o citar cualquier parte de este folleto, citándolo de la siguiente manera: "Reimpreso con el permiso de la Fundación para Comunidades Saludables, Derechos de autor © 2010. Reservados todos los derechos". Este material no puede reproducirse para su venta.

## Sus pensamientos y respuestas a estas preguntas pueden ayudar a proporcionarle paz de espíritu a usted y a las personas que le cuidan

### VALORES

- ¿Qué es lo que le da sentido y significado a su vida?
- ¿Qué valora más de su bienestar físico y mental? Por ejemplo, ¿le gusta la vida al aire libre? ¿leer o escuchar música? ¿ser consciente de quien está a su lado? ¿su capacidad para ver, oír, paladear o tocar?

### RELACIONES CON FAMILIA/AMIGOS

- ¿Quiénes son sus familiares y amigos más cercanos?
- ¿Ha hablado de sus decisiones con sus seres queridos y con los que estarán a su alrededor cuando haya problemas o se acerque la hora de la muerte?

### CREENCIAS ESPIRITUALES/RELIGIOSAS

- ¿Cómo describiría su vida espiritual o religiosa?
- ¿Cómo le apoya su comunidad religiosa, iglesia o sinagoga?
- ¿Tiene creencias religiosas respecto a tratamientos médicos?

### MÉDICO

- ¿Cuándo querrá que los objetivos del tratamiento médico cambien de tratar de mantenerle en vida a centrarse en que no sufra?
- ¿Querrá que le ofrezcan los servicios de un hospicio o cuidados paliativos?
- ¿En qué medida el costo del tratamiento médico influye en sus decisiones respecto a su atención médica?
- ¿Qué opina de los *tratamientos para mantener la vida artificialmente*, como por ejemplo la diálisis? ¿Quiere que le apliquen reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)? ¿Dónde prefiere recibir tratamiento médico?

### PLANIFICANDO

- Si pudiera planificar hoy, ¿cómo querría que su último día o última semana fueran? ¿Quién estaría a su lado? ¿Qué estaría haciendo?
- ¿Qué comentarios en general quisiera hacer sobre el hecho de morir o sobre la muerte?
- ¿Qué será importante para usted cuando esté muriendo? (comodidad, no sufrir dolor, que su familia esté presente, música, oraciones, que le toquen o le abracen, etc.)
- ¿Está interesado en hacer *donación de órganos o tejidos*?
- ¿Hay alguien a quien quisiera escribir una carta, o a quien quiera dejar una grabación con un mensaje, quizás con una nota para que se abra más adelante?
- ¿Qué quiere que se haga en su servicio funerario: canciones o lecturas escogidas, o gente que quisiera que participara?
- ¿Prefiere que le entierren o que le incineren, o no tiene una preferencia? ¿Ha contactado con una funeraria?

## Preguntas sobre las directrices avanzadas

### ¿Qué son las directrices avanzadas?

Las directrices avanzadas son instrucciones que usted da respecto a su atención médica en el futuro. Pueden ser orales o por escrito. Puede compartirlas con su familia, amigos o profesionales médicos, quienes intentarán cumplir con sus instrucciones sin importar cómo las haya dado. Sin embargo, para asegurarse de que todo el mundo entiende sus instrucciones, el estado de New Hampshire considera legal un documento con directrices avanzadas si contiene dos partes: poder médico duradero y testamento vital.

### ¿Qué es un poder médico duradero (DPOAH por sus siglas en inglés)?

Un poder médico duradero forma parte de un documento de directrices avanzadas, en el cual usted nombra a otra persona para que actúe como su *apoderado médico*, para que tome decisiones en su nombre cuando usted esté incapacitado. Puede utilizarse en diferentes situaciones relativas a tratamientos médicos. Puede incluir instrucciones sobre qué tratamientos quiere o no quiere, o hasta cuando quiere probar posibles tratamientos. Si no quiere que le proporcionen *alimentación artificial o hidratación*, la ley de New Hampshire exige que lo ponga por escrito.

### ¿Qué es un testamento vital?

Un testamento vital es un documento legal que instruye a su médico que no quiere que le mantenga en vida con medios artificiales si está *a punto de morir* o en *estado vegetativo irreversible*. No hace falta que identifique a una persona para tomar cualquier decisión, pero se utiliza en muy pocas ocasiones. De acuerdo con la legislación de New Hampshire, si no quiere que le alimenten o hidraten artificialmente, tiene que ponerlo por escrito.

### ¿Necesito un poder médico duradero y un testamento vital?

Le conviene llenar las dos partes del documento de directrices avanzadas, porque tienen dos objetivos diferentes. Un DPOAH entra en vigor en cualquier situación en que no pueda seguir tomando decisiones por sí mismo (por ejemplo si le operan o incluso si está inconsciente de forma temporal). Un testamento vital solo entra en vigor cuando no hay esperanza de que se recupere. De acuerdo con la ley de New Hampshire, en caso de que se contradiga con las condiciones de sus directrices avanzadas, el DPOAH tiene mayor valor legal que el testamento vital.

### ¿Qué diferencia hay entre una orden de no reanimar (DNR por sus siglas en inglés) y unas directrices avanzadas?

En caso de que su corazón deje de latir y usted deje de respirar, los profesionales sanitarios llevarán a cabo la *reanimación cardiopulmonar* (CPR) para intentar que vuelva a respirar y que recupere el latido del corazón. Sin embargo, si está a punto de morir, puede que no quiera que le reanimen. En ese caso, puede solicitar que se escriba una orden de No Intentar Reanimar (DNR, por sus siglas en inglés). Las diferencias entre una DNR y unas directrices avanzadas incluyen: unas directrices avanzadas no son órdenes médicas, aunque sean un documento legal, mientras que la DNR es una orden médica; una DNR solo aplica si su corazón deja de latir y usted deja de respirar, mientras que unas directrices avanzadas pueden incluir muchos otros asuntos y decisiones de carácter médico, como por ejemplo si quiere que le alimenten e hidraten artificialmente. Puede incluir sus deseos respecto a la DNR en sus directrices avanzadas, en caso de que no pueda hacerlo en el futuro.

### ¿Por qué debería querer una orden de no reanimar (DNR)?

A menos que se indique lo contrario, siempre se intenta la reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) a todo el mundo. Un intento de reanimación cardiopulmonar puede tener éxito, pero puede causar daños y sufrimiento a alguien que esté muy débil o

muy enfermo, aunque tenga éxito. Hablar con su médico u otro profesional médico puede ayudarlo a comprender las ventajas y desventajas de la resucitación y a decidir si prefiere una orden de no reanimar (DNR). Una orden de no reanimar solo se aplica a la reanimación cardiopulmonar y **no** significa que dejen de proporcionarle otros tratamientos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, tratamientos paliativos, etc.).

### **¿Qué ocurre si quiero que más de una persona se ocupe de mis decisiones médicas?**

Mucha gente quiere designar a más de una persona para que sea su apoderado médico. Por ejemplo, una persona puede querer que sus tres hijos sean responsables de sus decisiones médicas. Si lista a más de una persona como apoderado médico, es importante que sepa que la primera persona más que aparece listada será la que tome las decisiones, seguida a continuación por la segunda, etc. Si desea tener otro tipo de proceso de toma de decisiones (como asegurarse de que sus apoderados se ponen de acuerdo antes de tomar una decisión) tiene que especificarlo en sus directrices avanzadas.

### **¿Cómo se establece que no soy capaz de tomar decisiones respecto a mi atención médica?**

Si el médico o la enfermera practicante responsables de su cuidado establecen que no puede comprender los riesgos y beneficios significativos de las decisiones respecto a su atención médica, pueden documentar que usted está “incapacitado”, en cuyo caso su apoderado médico, si tiene uno, tomará las decisiones por usted. Esto no es un nombramiento permanente. Si su médico o enfermera practicante más adelante establecen que ha recuperado la capacidad, podrá volver a tomar sus propias decisiones respecto a su atención médica. Si quiere que las decisiones de su apoderado médico se respeten cuando usted esté incapacitado, incluso cuando no esté de acuerdo, tiene que dejarlo claro en sus directrices avanzadas.

### **¿Cuáles son las limitaciones de las directrices avanzadas?**

Las directrices avanzadas son una guía que sólo cubre algunos aspectos importantes de la atención médica. Los deseos que usted haya expresado en sus directrices avanzadas hay que ponerlas en su expediente médico cuando se decida que usted ya no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones respecto a su salud. Las directrices avanzadas no se encargan de otros asuntos personales o financieros que hay que planificar. Para asuntos financieros u otros asuntos personales, se recomienda el poder notarial. Debería hablar con un abogado sobre este y otros asuntos no relacionados con la atención médica.

### **¿Si mis documentos con directrices avanzadas son antiguos, todavía sirven?**

Sí. No hace falta renovar unas directrices avanzadas. Sin embargo, si quiere cambiar algo en su documento de directrices avanzadas, debe llenar uno nuevo. Puede que de vez en cuando quiera revisar sus deseos respecto a su atención médica. La Ley de Directrices Avanzadas de New Hampshire cambió en enero de 2007. Sin embargo, si tiene un documento de directrices avanzadas que se creó con anterioridad a esta fecha, seguirá siendo vigente de acuerdo con la ley de New Hampshire.

### **¿Puedo revocar mi documento de directrices avanzadas?**

Puede revocar o cancelar su documento de directrices avanzadas, oralmente o por escrito, en cualquier momento. En caso de separación, divorcio o anulación del matrimonio, se revocará automáticamente si su esposo(a) o pareja es su apoderado médico y usted no ha nombrado a nadie más en el documento. Asimismo, si se presenta una orden de restricción entre usted y su apoderado médico, el DPOAH se revocará automáticamente a menos que haya nombrado a un apoderado alternativo.

### **¿Qué ocurre si mi documento de directrices avanzadas se ejecutó en otro estado?**

Su documento de directrices avanzadas de otro estado es válido en New Hampshire siempre y

cuando se haya ejecutado legalmente en ese otro estado y cumpla con la ley de New Hampshire. Muchos estados no exigen que autorice explícitamente a su representante para que decida si le retiran la hidratación y alimentación administradas médicamente. En New Hampshire, debe darle esta autorización explícitamente a su representante, o no podrá hacerlo.

### ¿Quién debería tener copias de mi documento de directrices avanzadas?

Su médico, hospital, la persona que haya elegido como apoderado médico, la clínica hospitalaria y su familia deberían tener copias de sus documentos. Lo ideal sería que guardara los documentos originales donde guarde otros documentos legales importantes, como testamentos, actas de nacimiento y tarjetas del seguro social.

### ¿Como sabrán mis profesionales médicos que tengo directrices avanzadas?

Debería comunicar a su médico, enfermeras u otros profesionales médicos que tiene instrucciones avanzadas y proporcionarles una copia para su expediente médico. En cualquier momento en que le ingresen en un hospital, le preguntarán si tiene un documento de directrices avanzadas. Si sabe que le van a ingresar en un hospital, debería llevar una copia del documento consigo.



### ¿Necesito un abogado?

No necesita un abogado para crear un documento de directrices avanzadas. Puede utilizar el formulario de este folleto, que está impreso de forma muy parecida al documento legal de New Hampshire. Sin embargo, si tiene preguntas o le preocupa algo en especial, puede hablar con un abogado o alguien del personal de un hospital u hospicio que esté cualificado. Puede obtener los formularios legales en las Leyes Revisadas Anotadas 137-J.

### ¿Quién puede ser testigo de la firma de mi documento de directrices avanzadas?

Para que sea legal, su documento de directrices avanzadas debe firmarse ante dos testigos o ante notario. Su apoderado médico, nombrado en el DPOAH, esposo(a), herederos, médico de guardia o *enfermera practicante*, o una persona bajo la supervisión de su médico, no pueden ser testigos. Solo uno de los testigos puede ser su profesional médico o empleado de la clínica o un empleado de sus proveedores.

### ¿En qué casos podría querer que mi apoderado médico tomara decisiones por mí incluso si estoy en desacuerdo?

El DPOAH permite a su apoderado médico tomar decisiones si usted está inconsciente o es incapaz de comunicar sus deseos. También puede utilizarse para permitir al apoderado médico tomar decisiones incluso si está consciente y puede comunicarse, en caso de su capacidad de tomar decisiones médicas esté mermada debido a una enfermedad que afecte su funcionamiento cognitivo o intelectual, como la enfermedad de Alzheimer o demencia. Cuando firme sus directrices avanzadas deberá decidir si renuncia a su derecho a objetar las decisiones de su apoderado. Si no renuncia a este derecho, no podrán darle o dejar de darle tratamiento si usted no está de acuerdo. Sin importar lo que decida en la opción de objeción al tratamiento, usted puede cambiar o cancelar su DPOAH en cualquier momento; para hacerlo solo tienen que cambiar su elección de apoderado médico.

## ***Tiene derecho***

*a participar en su atención médica y a planificarla.*

### Seleccione su poder médico duradero o su apoderado médico

Cuando decida elegir a alguien para que hable en su nombre durante una crisis médica, en caso de que usted no pueda hacerlo, tiene que pensar en varias cosas. Esta herramienta le ayudará a decidir quien es la mejor persona. **Normalmente es mejor nombrar a una persona o apoderado**, con al menos una persona alternativa para más seguridad, en caso de que la primera persona no esté disponible cuando la necesite.

Utilice esta herramienta para comparar hasta 3 personas. La persona que mejor cumpliría el papel de DPOAH o apoderado médico, tiene estas calificaciones...

1º nombre:		
2º nombre:		
3º nombre:		
		1. ¿Cumple con los requisitos legales de su estado para actuar como apoderado o representante? (¡Esto es obligatorio! Vea la página 8 – Divulgación).
		2. Estaría dispuesta a hablar en su nombre.
		3. Haría cumplir sus deseos por encima de sus sentimientos por usted.
		4. Vive cerca o podría viajar para estar a su lado si es necesario.
		5. Le conoce bien y entiende qué es importante para usted.
		6. Sabría asumir la responsabilidad.
		7. Hablará con usted sobre asuntos delicados y atenderá a sus deseos.
		8. Cree que estará disponible por mucho tiempo.
		9. Sabría manejar desacuerdos entre la familia, amigos y personal médico.
		10. Sabría defenderle con firmeza ante un medico o institución insensibles.

*Esta plantilla se ha adaptado de la Comisión sobre Problemas Legales de los Ancianos, del Colegio de Abogados de América, de R. Pearlman, et. Al. "Your Life Your Choices – Planning for Future Medical Decisions: How to Prepare a Personalized Living Will", Veterans Administration Medical Center, Seattle, Washington. Reimpreso con permiso.*

### Qué hacer cuando haya elegido a un apoderado médico

- Hable con su apoderado sobre las calificaciones que aparecen en esta plantilla.
- Pídale permiso para nombrarle su apoderado.
- Hable sobre sus deseos respecto a su atención médica, sus valores y sus miedos.
- Asegúrese de dar una copia de las directrices avanzadas a su apoderado.
- Comunique a sus familiares y amigos íntimos a quién ha elegido.

"*Making Medical Decisions for Someone Else: A New Hampshire Handbook*" es un recurso que está disponible en [www.healthynh.com](http://www.healthynh.com). Puede que también lo tengan en la institución donde reciba atención médica.

## Poder medico duradero: Declaración sobre divulgación

**Este es un documento legal importante. Antes de firmarlo debe enterarse de información importante:**

A menos que usted diga lo contrario, este documento otorga a la persona que haya nombrado como apoderado médico la autoridad de tomar cualquier decisión médica en su nombre mientras usted sea incapaz de tomar decisiones médicas por sí mismo (en otras palabras, usted ya no tiene la capacidad de comprender ni apreciar en general la naturaleza y consecuencias de una decisión médica, incluyendo los beneficios significativos y las alternativas razonables a cualquier tratamiento que se ofrezca). “Atención médica” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su enfermedad física o mental.

Su apoderado médico, por lo tanto, tendrá el poder de tomar un amplio abanico de decisiones médicas en su lugar. Su apoderado médico puede consentir (en otras palabras, dar permiso) rechazar o retirar el consentimiento para tratamientos médicos, y tomar cualquier decisión respecto a retirar o no aplicar tratamientos para mantenerle en vida artificialmente.

Si quiere que su apoderado médico tenga autoridad para retirar o no aplicar alimentación o hidratación artificial, debe especificarlo en el documento. En caso contrario, su apoderado médico no podrá tomar esa decisión. En ninguna circunstancia el apoderado médico tendrá derecho a impedir que le den comida o bebida que usted pueda ingerir de forma normal.

En su documento puede especificar cualquier tratamiento que no quiera recibir o cualquier tratamiento que quiere asegurarse de que le proporcionen. Su poder médico duradero entrará en vigor cuando el médico o la enfermera practicante certifiquen que es incapaz de tomar decisiones médicas (en otras palabras, que no puede tomar decisiones médicas). Si necesita más espacio para llenar su declaración, puede adjuntar más páginas a las directrices avanzadas.

Su apoderado médico no puede consentir en, ni tomar cualquiera de estas decisiones: • ingreso en una institución estatal • esterilización • terminar el tratamiento si está embarazada y terminar el tratamiento probablemente resultaría en un aborto, a menos que el tratamiento sea físicamente perjudicial para usted o prolongue su sufrimiento de tal manera que no puede aliviarse dándole medicación.

Si, por razones morales o religiosas, no quiere que un medico o una enfermera practicante le proporcionen tratamiento o no quiere que le examinen para certificar que está incapacitado, debe declararlo en las directrices avanzadas y debe nombrar a otra persona que tenga la autoridad para certificar su incapacidad. Esa persona no puede ser su apoderado médico o el sustituto del apoderado, ni cualquier persona que legalmente no pueda ser su apoderado médico.

Su apoderado medico debe seguir sus instrucciones escritas cuando tome decisiones en su nombre, y en el futuro se guiará por la progresión y prognosis de su enfermedad. A menos que usted indique lo contrario en sus directrices avanzadas, su apoderado médico tendrá el mismo poder para tomar decisiones médicas que usted tendría, siempre y cuando las decisiones que tome respeten las leyes estatales.

Es importante que hable sobre este documento con su médico u otros profesionales sanitarios antes de firmarlo, para asegurarse de que entienden la naturaleza y el alcance de las decisiones que su apoderado puede tomar en su nombre. Si no tiene un médico, debería hablar



con alguien que conozca el tema y que pueda responder a sus preguntas. Pregunte en su hospital comunitario u hospicio por personal cualificado. No necesita que un abogado le ayude a llenar las directrices avanzadas, pero si hay algo que no entiende, debería consultar con un abogado.

La persona que elija como apoderado médico debe ser alguien que conoce y en quien confía, y debe tener al menos 18 años. Si elige a su profesional médico o centro residencial (como un médico, enfermera practicante o un empleado del hospital, residencia de ancianos, agencia de hospitalización a domicilio o clínica hospitalaria, que no sean parientes), esa persona tendrá que elegir entre actuar como su apoderado médico o como su profesional médico o sanitario, porque la ley no permite que una persona cumpla los dos papeles al mismo tiempo.

Si su apoderado médico no quiere, no puede, no está disponible o no cumple con los requisitos para actuar como apoderado médico, debería pensar en elegir a otra persona. En caso de que usted no pueda hacerlo, el apoderado médico alternativo tendrá la misma autoridad para tomar decisiones médicas en su nombre.

Debería comunicar su decisión a la persona que ha elegido como apoderado médico. Asimismo, debería hablar con su apoderado médico y con su médico o enfermera practicante sobre sus directrices avanzadas, y darles una copia firmada. En las directrices avanzadas debería escribir los nombres de personas e instituciones que tienen copias firmadas. Su apoderado médico no tendrá responsabilidad legal por decisiones que haya tomado de buena fe en su nombre.

Incluso después de haber firmado las directrices avanzadas, tiene derecho a tomar sus propias decisiones médicas mientras tenga la capacidad de hacerlo, y no puede administrársele o negársele un tratamiento si usted no está de acuerdo. Sin embargo, si su médico o ARNP establecen que está incapacitado, puede que quiera que su apoderado médico decida si quiere que le den o dejen de darle un tratamiento, incluso si usted se opone verbalmente.

Tiene derecho a revocar el poder que le ha dado a su apoderado médico comunicándole a él o a ella, o diciéndole a su médico, oralmente o por escrito, que no quiere que esa persona siga siendo su apoderado médico.

Una vez se ejecuten estas directrices avanzadas, no pueden cambiarse ni modificarse. Si quiere hacer cambios, debe llenar otras directrices avanzadas.

Tiene derecho a excluir o borrar referencias a enfermeras practicantes en sus directrices avanzadas y, aunque lo haga, el documento seguirá siendo válido y aplicable.

Este poder médico no es válido a menos que se haya firmado en presencia de (2) dos o más testigos cualificados, que deben estar presentes cuando firme y que reconocerán su firma en las directrices avanzadas, O en presencia de un notario público o juez de paz. Las siguientes personas no pueden actuar como testigos:

- La persona que haya elegido como apoderado médico
- Su esposo(a) o herederos legítimos o beneficiarios nombrados en su testamento o en un título de propiedad.
- El médico que le atiende, la enfermera practicante o una persona que esté bajo las órdenes del médico o la enfermera.

Solo uno de los dos testigos puede ser su profesional médico en la clínica hospitalaria o uno de sus empleados.

# DIRECTRICES AVANZADAS DE NEW HAMPSHIRE

NOTA: Este formulario tiene dos secciones: el poder medico duradero y el testamento vital.

Puede llenar una sección o ambas.

## SECCIÓN I. PODER MÉDICO DURADERO

Yo, \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_ ), por la presente nombro a \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha de nacimiento) (Nombre del apoderado médico)

de \_\_\_\_\_  
(Dirección y teléfono del apoderado médico)

*(Si elige a más de un apoderado, su autoridad se concederá en el orden en que aparezcan nombrados, a menos que usted indique lo contrario) como mi apoderado médico para tomar cualquier decisión médica en mi nombre, excepto si indico lo contrario o si lo prohíbe la ley. El poder médico duradero entrará en vigor en caso de que yo esté incapacitado para tomar mis propias decisiones médicas.*

En caso de que la persona que he nombrado no esté disponible, no quiera, no pueda o no cumpla con los requisitos para actuar como mi apoderado médico, por la presente nombro a

\_\_\_\_\_  
(Nombre del apoderado médico)

de \_\_\_\_\_  
(Dirección y teléfono del apoderado médico)

*(Por favor, elija solo a una persona. Si elige a más de un apoderado alternativo, se les concederá autoridad en el orden en que sus nombres aparezcan listados).*

Declaración de deseos, condiciones especiales y limitaciones respecto a decisiones médicas.

Para facilitarle expresar sus deseos, a continuación encontrará algunas declaraciones generales respecto a negación o retirada de tratamiento para mantenerle en vida artificialmente. (Un tratamiento para mantener a alguien artificialmente en vida se define como procedimientos sin los cuales una persona moriría, como por ejemplo: respiración asistida, diálisis o uso de otros aparatos mecánicos o tecnológicos, medicamentos para mantener la presión sanguínea, transfusiones de sangre y antibióticos). También hay una sección que le permite establecer instrucciones específicas para este tipo de asuntos. Si quiere, puede declarar que está de acuerdo o en desacuerdo con cualquiera de las siguientes declaraciones y otorgar poder a su apoderado para que actúe si se produce cualquiera de esas circunstancias.

### **A. TRATAMIENTO PARA MANTENER LA VIDA ARTIFICIALMENTE**

1. Si estoy a punto a morir y no tengo la capacidad de tomar decisiones médicas, autorizo a mi apoderado para que ordene:

*(Ponga sus iniciales al lado de su elección, (a) o (b)).*

\_\_\_\_\_ (a) No iniciar tratamiento para mantenerme en vida artificialmente, o si se ha iniciado, suspenderlo.

-0-

\_\_\_\_\_ (b) Que continúen proporcionándome tratamiento para mantenerme en vida artificialmente.

2. Tanto si estoy a punto de morir como si no, si quedo en estado vegetativo irreversible autorizo a mi apoderado a que ordene:

(Ponga sus iniciales al lado de su elección, (a) o (b)).

\_\_\_\_\_ (a) No iniciar tratamiento para mantenerme en vida artificialmente, o si se ha iniciado, suspenderlo.

-o-

\_\_\_\_\_ (b) Que continúen proporcionándome tratamiento para mantenerme en vida artificialmente.

## **B. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ADMINISTRADAS MÉDICAMENTE**

Entiendo que puede darse la situación en que el único modo en que fallecería sería no empezar o suspender alimentación e hidratación administradas médicamente. De acuerdo con mi autorización, mi apoderado médico puede ordenar:

(Ponga sus iniciales al lado de su elección, (a) o (b)).

\_\_\_\_\_ (a) No iniciar alimentación e hidratación administradas médicamente, o suspenderlas si ya se han iniciado.

-o-

\_\_\_\_\_ (b) aunque me hayan retirado todos los otros tratamientos para mantenerme en vida artificialmente, seguir proporcionándome alimentación e hidratación administradas médicamente

Si no llena la sección B, su apoderado no tendrá autoridad para ordenar que no le ponga o le suspendan alimentación e hidratación administrada médicamente.

## **C. INSTRUCCIONES COMPLEMENTARIAS**

(Ponga sus iniciales al lado de su elección, N° 1, 2 y 3.)

1. \_\_\_\_\_ Doy permiso a mi apoderado para que pida o apruebe una orden de no reanimar (DNR)
2. \_\_\_\_\_ Quiero que quede clara mi intención de dar autoridad total a mi apoderado para que tome cualquier decisión médica en mi nombre, tal como yo lo haría si estuviera capacitado(a) para hacerlo, sin limitaciones, incluyendo no empezar, interrumpir o continuar proporcionando medidas que me mantengan con vida (incluyendo hidratación y alimentación) en todos los casos.
3. \_\_\_\_\_ Aunque esté incapacitado(a) y no esté de acuerdo en recibir tratamientos médicos, pueden proporcionármelo igualmente. Esta opción es para dar autoridad adicional a su apoderado si, por ejemplo, usted sufre demencia y trata de cambiar el tratamiento que hayan recomendado su apoderado y su médico.
4. Aquí puede incluir instrucciones más específicas para su apoderado o puede dejar esta sección en blanco.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(añada más páginas si lo necesita)

\_\_\_\_\_  
(Escriba su nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

Por la presente hago constar que me han proporcionado una declaración sobre divulgación de información, explicando en que consisten estas directrices avanzadas. He leído y entiendo la información que contiene.

El original de estas instrucciones avanzadas se mantendrá guardado en

\_\_\_\_\_ Y las siguientes personas e instituciones tendrán copias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firmado hoy, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_.

Firma del interesado: \_\_\_\_\_

*[Si está incapacitado(a) físicamente para firmar, otra persona puede firmar escribiendo su nombre, en su presencia, siguiendo sus indicaciones].*

**ESTE PODER NOTARIAL DEBEN FIRMARLO DOS TESTIGOS  
O UN NOTARIO PÚBLICO O UN JUEZ DE PAZ**

Declaramos que la persona interesada parece estar en posesión de sus facultades mentales y que no la han coaccionado en el momento en que firma el poder médico duradero. La persona interesada declara que es consciente de la naturaleza de estas directrices avanzadas y las firma libre y voluntariamente.

Testigo \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**Si utiliza un notario público o un juez de paz:**

ESTADO DE NEW HAMPSHIRE

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Lo que antecede es un poder médico duradero que se firmó ante mí hoy, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_ (“la persona interesada”).

\_\_\_\_\_  
Notario Público / Juez de Paz

Mi licencia vence: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(Escriba su nombre)

\_\_\_\_\_,  
(Fecha de nacimiento)

## SECCIÓN II. TESTAMENTO VITAL

Declaración hecha hoy, día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, en plena posesión de mis facultades mentales, consciente y voluntariamente declaro que deseo que no se posponga artificialmente mi fallecimiento bajo las circunstancias que se exponen a continuación, y por la presente declaro:

Si en cualquier momento sufro una lesión, trastorno o enfermedad incurables y dos médicos y una enfermera practicante certifican que estoy a punto de morir o en estado vegetativo irreversible, y dos médicos o un médico y una enfermera practicante han establecido que mi fallecimiento es inminente tanto si se utilizan medios artificiales para mantenerme con vida como si no, y si la aplicación de medios artificiales para mantenerme con vida sólo serviría para posponer el proceso de la muerte, o que permanecería en un estado vegetativo irreversible, ordeno que estos medios se retiren o suspendan y que se me permita morir sólo con la administración de medicación, la ingestión natural de comida y líquidos o con cualquier procedimiento que se considere necesario para que esté cómodo. Entiendo que puede producirse una situación en la cual la única manera de dejarme morir sería dejando de administrarme alimentación e hidratación de forma artificial.

En cumplimiento de cualquier instrucción que he dado en esta sección, autorizo a que  
*(Ponga sus iniciales al lado de su elección (a) o (b)).*

\_\_\_\_\_ (a) No se inicie alimentación e hidratación de forma artificial, y si se han iniciado, que se suspendan.

-o-

\_\_\_\_\_ (b) Aunque todos los otros medios para mantenerme con vida artificialmente se hayan retirado, quiere que continúen proporcionándome alimentación e hidratación.

\_\_\_\_\_  
(Escriba su nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

En caso de que no pueda dar indicaciones sobre el uso de medios para mantenerme artificialmente en vida, quiero que mi familia y profesionales médicos respeten esta declaración como expresión de mi derecho a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y acepto las consecuencias de rechazarlos.

Entiendo completamente la importancia de esta declaración y estoy en plena posesión de mis facultades mentales para hacerla.

Firmado hoy, día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Firma de la persona interesada: \_\_\_\_\_

*[Si está incapacitado(a) físicamente para firmar, otra persona puede firmar estas directrices por usted, poniendo su nombre, en su presencia y siguiendo sus indicaciones].*

**ESTE TESTAMENTO VITAL DEBEN FIRMARLO DOS TESTIGOS  
O UN NOTARIO PÚBLICO O UN JUEZ DE PAZ**

Declaramos que la persona interesada parece estar en posesión de sus facultades mentales y que no la han coaccionado en el momento en que firma el testamento vital y la persona interesada declara que es consciente de la naturaleza de estas directrices y las firma libre y voluntariamente.

Testigo \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**Si utiliza un notario público o un juez de paz:**

ESTADO DE NEW HAMPSHIRE

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Lo que antecede es un testamento vital, que se firmó ante mí hoy, día \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_ (“el interesado”).

\_\_\_\_\_  
Notario Público / Juez de Paz

Mi licencia vence: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Escriba su nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

## DEFINICIONES

**Apoderado médico** – Alguien que usted elige como su apoderado médico para que tome decisiones en su nombre cuando usted no pueda expresar su voluntad respecto a atención médica o tratamientos.

**A punto de morir** – Una enfermedad incurable causada por lesiones, heridas o una enfermedad que una evaluación razonable médica establece que causará el fallecimiento en cualquier momento, por lo cual mantenerle artificialmente con vida solo pospondría la muerte. Esto lo establecen un médico o un(a) enfermero(a) con calificaciones clínicas especializadas que trabaje con otro médico.

**Capacidad para tomar decisiones médicas** – La capacidad general de entender los riesgos y beneficios de una decisión médica, así como las opciones alternativas de tratamiento. Esto lo decida un médico o una enfermera practicante.

**Cuidados en el hospicio** – Un enfoque de equipo para proporcionar servicios médicos, de enfermería y sociales completos, cuidado espiritual y luto para usted y para su familia, cuando esté a punto de fallecer.

**Cuidados paliativos** – Cuidar a la persona en su totalidad (cuerpo, mente y espíritu). Este enfoque ve la muerte como algo natural y personal. Su objetivo es proporcionarle alivio para sus síntomas (vea “cuidado en el hospicio”).

**Cuidado para su comodidad** – Mantenerle lo más cómodo y confortable posible, incluyendo darle medicación para el dolor, cubitos de hielo y ungüento para los labios, darle la vuelta en la cama para evitar llagas y bañarle.

**Decisiones médicas** – Esto significa consentimiento informado, rechazar dar consentimiento informal o retirar el consentimiento informado para cualquier tipo de cuidado médico, tratamiento, ingreso en un centro médico o procedimiento para diagnosticar o mantener la condición física o mental de una persona.

**Donación de órganos y tejidos** – Donar sus órganos vitales para trasplantarlos a otras personas, lo cual puede salvar o mejorar sus vidas. Los órganos que puede donar: corazón, riñones, páncreas, pulmones, hígado, intestinos. Tejidos que puede donar: córnea, piel, médula espinal, válvulas cardíacas, tejido conjuntivo. Para que puedan trasplantarse, los órganos deben recibir sangre hasta el momento en que se extraigan de su cuerpo. Por lo tanto, puede que tengan que conectarle a un respirador temporalmente o proporcionarle algún otro tipo de tratamiento para mantener los órganos en funcionamiento. Los médicos evaluarán si sus órganos o tejidos pueden trasplantarse cuando esté a punto de fallecer o cuando fallezca. Su cuerpo puede mostrarse en el velorio y enterrarse igualmente.

**Estado vegetativo** – Una situación duradera, indefinida y sin mejoría, en la cual no es consciente de sus pensamientos, de sí mismo o de su entorno y los otros indicadores de conciencia están ausentes, de acuerdo con un examen neurológico que ha llevado a cabo un médico en consulta con su médico al cargo o su enfermero(a) con calificaciones clínicas especializadas.

**Estado vegetativo irreversible** – Una situación irreversible en la cual una evaluación médica razonable establece que se han detenido todas las funciones cerebrales. Significa la pérdida total del pensamiento y la conciencia, aunque continúe respirando y su corazón continúe latiendo. Todavía puede tener períodos de sueño y vigilia.

**Hidratación artificial** – Utilizar sondas intravenosas para proporcionarle agua cuando no pueda beber por sí mismo. No incluye el proceso natural de ingerir líquidos.

**Médico(a) al cargo o enfermero(a) registrado(a) con calificaciones clínicas especializadas APRN por sus siglas en inglés)** – El médico(a) o enfermero(a) que están al cargo de su tratamiento y atención médica. ARNP significa que es un(a) enfermero(a) registrado(a) con calificaciones clínicas especializadas, de acuerdo con la ley estatal.

**Nutrición artificial** – Con sondas intravenosas o tubos para administrar comida, cuando usted no pueda comer. Un tubo de alimentación artificial a través del cual se introduce comida o agua en su cuerpo. No incluye el proceso natural de ingestión de alimentos.

**Orden de no reanimar (DNR por sus siglas en inglés)** – Una orden médica que se pone en su hoja clínica explicando que no quiere que le hagan la reanimación cardiopulmonar si su corazón deja de latir y deja de respirar.

**Permitir el fallecimiento natural (AND por sus siglas en inglés)** – Permitir el fallecimiento natural es un vocabulario alternativo que utilizan personas que no quieren reanimación cardiopulmonar, solo cuidados paliativos.

**Reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés)** – Procedimiento médico de emergencia que se utiliza para recuperar el latido del corazón y la respiración, lo que puede incluir soplar aire en la boca, presionar el pecho, insertar un tubo respiratorio en la traquea, darle medicación intravenosa y electrochoque.

**Sonda intravenosa** – Un tubo que se introduce en la vena para proporcionarle líquidos, sangre o medicamentos.

**Tratamientos de prueba** – Intentar tratamiento(s) por un período de tiempo (como 1 ó 2 semanas), hasta que se decide que no funcionan.

**Tratamiento para mantenerle en vida** – Cualquier procedimiento o intervención médicos que utilizan medios mecánicos o médicos para mantener, recuperar o suplantar una función vital que, de acuerdo con el criterio médico por escrito del médico o APRN, sólo servirían para posponer artificialmente el momento de la muerte, cuando la persona está a punto de fallecer o en estado vegetativo irreversible. Esto puede incluir: respirador o respiración asistida, mantenimiento artificial de la presión sanguínea, transfusión de sangre, diálisis y otros procedimientos parecidos. No incluye paliar el dolor con medicamentos o la ingestión natural de comida o líquidos.



FOUNDATION FOR  
HEALTHY COMMUNITIES

*La información de este folleto la elaboró la*

**Asociación de New Hampshire  
para el Cuidado al Final de la Vida**

... un grupo de organizaciones que ayuda a las personas a planificar su atención médica, hablar sobre sus opciones y hacer que se respeten.

*Con el apoyo de las siguientes organizaciones:*

New Hampshire Hospital Association  
New Hampshire Medical Society  
Home Care Association of New Hampshire  
New Hampshire Health Care Association  
New Hampshire Hospice and Palliative Care Organization  
American Cancer Society

<b>AVISO AL PROFESIONAL MÉDICO</b>	<b>TARJETA DE DIRECTRICES AVANZADAS</b>	<b>AVISO AL PROFESIONAL MÉDICO</b>	<b>TARJETA DE DIRECTRICES AVANZADAS</b>
<p><b>Yo tengo:</b>  Un poder medico duradero  Un testamento vital  <b>El documento original firmado se encuentra en:</b></p> <p><b>En caso de emergencia contacten con:</b>  Nombre  Dirección  Ciudad, estado, código postal  Firma</p> <p><b>Ver el reverso para información importante</b></p> <p>Ciudad, estado, código postal  Teléfono</p>	<p>Nombre</p> <p>Dirección</p> <p>Ciudad, estado, código postal</p> <p>Firma</p> <p><b>Ver el reverso para información importante</b></p>	<p>Nombre Un poder medico duradero  Un testamento vital  <b>El documento original firmado se encuentra en:</b></p> <p><b>En caso de emergencia contacten con:</b>  Nombre  Dirección  Ciudad, estado, código postal  Teléfono</p>	<p>Dirección</p> <p>Ciudad, estado, código postal</p> <p>Firma</p> <p><b>Ver el reverso para información importante</b></p>

*Corte estas tarjetas de Directrices Avanzadas por la línea de puntos, dóblelas por la mitad y guárdelas en su cartera.*



Fundación para Comunidades Saludables, 125 Airport Road Concord, NH 03301  
teléfono (603) 225-0900 • fax (603) 225-4346 • Internet: [www.healthynh.com](http://www.healthynh.com)

Derechos de autor © 2010 Fundación para Comunidades Saludables