

DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA DE



763a

Puede usar este formulario si desea designar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Esto se conoce como otorgar un poder legal para la atención médica. A la persona designada se la denomina su representante.

También puede usar este formulario para expresar sus deseos, sus preferencias y sus objetivos en cuanto a la atención médica, y para indicar si desea ser donante de órganos después de su fallecimiento.

Su nombre: _____ Su fecha de nacimiento: _____

PARTE A: DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE

Esta parte le permite designar a otra persona para que tome decisiones de atención médica por usted. Puede dejar cualquier espacio en blanco.

1. DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE

Deseo que la siguiente persona tome decisiones relacionadas con mi atención médica en caso de que yo no pueda hacerlo:

Nombre: _____

Información de contacto (teléfono, dirección):

2. DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE ALTERNATIVO

Deseo que la siguiente persona tome decisiones relacionadas con mi atención médica si yo no puedo hacerlo y mi representante no está disponible para tomarlas por mí:

Nombre: _____

Información de contacto (dirección, teléfono):



3. LIMITACIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE

_____ Autorizo a mi representante a tomar todas las decisiones sobre mi atención médica si yo no puedo hacerlo, excepto las siguientes:

(Si no establece ninguna limitación en este espacio, el representante podrá tomar todas las decisiones de atención médica que la ley estatal le permita).

PARTE B: INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

Esta parte le permite expresar sus prioridades en cuanto a la atención médica y especificar qué tipos de cuidado desea o no desea recibir.

1. INSTRUCCIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL

En esta sección, tiene la oportunidad de indicar cómo desea que actúe su representante al tomar decisiones en su nombre. Puede marcar o colocar sus iniciales en la opción que elija. También puede dejar cualquier opción en blanco.

Tratamiento. Los tratamientos médicos destinados a mantenerme con vida, pero que no sean necesarios para brindarme comodidad ni tengan otro propósito, deberán (marque todas las opciones que correspondan):

_____ Siempre administrármelo. (Si marca o coloca sus iniciales en esta opción, no debe marcar ni colocar sus iniciales en ninguna otra opción de esta sección “Tratamiento”).

_____ No administrármelo si padezco una afección incurable que, aun con tratamiento, se espera que cause mi fallecimiento en poco tiempo.

_____ No administrármelo si estoy inconsciente y no se espera que recupere la conciencia.

_____ No administrármelo si padezco una afección médica irreversible que me impida comunicarme con las personas que me importan, cuidarme por mí mismo, y reconocer a mis familiares y amigos.



_____ Otro (escriba los tratamientos que desea o no desea recibir)

Alimentos o líquidos. Si no puedo tragar y para mantenerme con vida fuera necesario recibir alimentos o líquidos por medio de una sonda u otro método durante el resto de mi vida, los alimentos o líquidos deberán (marque todas las opciones que correspondan):

_____ Siempre administrárseme. (Si marca o coloca sus iniciales en esta opción, no debe marcar ni colocar sus iniciales en ninguna otra opción de esta sección “Tratamiento”).

_____ No administrárseme si padezco una afección incurable que, aun con tratamiento, se espera que cause mi fallecimiento en poco tiempo.

_____ No administrárseme si estoy inconsciente y no se espera que recupere la conciencia.

_____ No administrárseme si padezco una afección médica irreversible que me impida comunicarme con las personas que me importan, cuidarme por mí mismo, y reconocer a mis familiares y amigos.

_____ Otro (escriba los tratamientos que desea o no desea recibir)

Alivio del dolor. Si experimento un dolor significativo, la atención destinada a mantener mi comodidad, aun cuando pueda acortar mi vida, deberá (marque o coloque sus iniciales en todas las opciones que correspondan):

_____ Siempre administrárseme. (Si marca o coloca sus iniciales en esta opción, no debe marcar ni colocar sus iniciales en ninguna otra opción de esta sección “Alivio del dolor”).

_____ Nunca administrárseme. (Si marca o coloca sus iniciales en esta opción, no debe marcar ni colocar sus iniciales en ninguna otra opción de esta sección “Alivio del dolor”).

_____ Administrárseme si padezco una afección incurable que, aun con tratamiento, se espera que cause mi fallecimiento en poco tiempo.



763a

_____ Administrárseme si estoy inconsciente y no se espera que recupere la conciencia.

_____ Administrárseme si padezco una afección médica irreversible que me impida comunicarme con las personas que me importan, cuidarme por mí mismo, y reconocer a mis familiares y amigos.

_____ Otro (escriba los tratamientos que desea o no desea recibir)

2. MIS PRIORIDADES

Puede usar esta sección para indicar qué es importante para usted y qué no lo es. Esta información puede ayudar a su representante a tomar decisiones si usted no puede hacerlo, y también permite que otras personas comprendan mejor sus preferencias. (Puede marcar o colocar sus iniciales en cada opción. También puede dejar cualquier opción en blanco).

Mantenerme con vida el mayor tiempo posible, incluso si tengo limitaciones físicas importantes, es:

_____ Muy importante

_____ Relativamente importante

_____ No es importante

Mantenerme con vida el mayor tiempo posible, incluso si tengo limitaciones mentales importantes, es:

_____ Muy importante

_____ Relativamente importante

_____ No es importante

No padecer un dolor significativo es:

_____ Muy importante

_____ Relativamente importante

_____ No es importante

Ser independiente es:

_____ Muy importante



_____ Relativamente importante

_____ No es importante

Que mi representante hable con mis amigos antes de tomar decisiones sobre mi atención es:

_____ Muy importante

_____ Relativamente importante

_____ No es importante

3. Otras indicaciones

En esta sección, puede incluir información adicional sobre sus objetivos, valores y preferencias en relación con los tratamientos, incluida la atención que desea o no desea recibir. También puede usar este espacio para indicar a cualquier persona que no desea que tome decisiones por usted en ninguna circunstancia.

PORTE C: PODERES ESPECIALES OPCIONALES Y ORIENTACIÓN

Esta parte le permite otorgar a su representante poderes adicionales y brindar orientación más detallada sobre sus deseos. Puede marcar o colocar sus iniciales en cada opción. También puede dejar cualquier opción en blanco.

1. PODERES ESPECIALES OPCIONALES

Mi representante puede realizar las siguientes acciones ÚNICAMENTE si marco o coloco mis iniciales a continuación:

_____ Admitirme como paciente voluntario en un centro para recibir tratamiento de salud mental por un máximo de _____ días (escriba el número de días que desee, como 7, 14 u otro).

(Si no marco o coloco mis iniciales en esta opción, mi representante NO PODRÁ admitirme como paciente voluntario en este tipo de centro).



_____ Ingresarme en un hogar de ancianos por más de 100 días, incluso si mis necesidades pueden satisfacerse en otro lugar, no estoy en estado terminal y me opongo a esta decisión.

(Si no marco o coloco mis iniciales en esta opción, mi representante NO PODRÁ hacerlo).

2. ACCESO A MI INFORMACIÓN DE SALUD

Mi representante puede obtener, analizar y compartir información sobre mis necesidades de salud y mi atención médica si yo no puedo tomar decisiones por mí mismo. Si marco o coloco mis iniciales a continuación, mi representante también podrá hacerlo en cualquier momento que considere que será útil para mí.

_____ Autorizo a mi representante a obtener, analizar y compartir información sobre mis necesidades de salud y mi atención médica, siempre que considere que será útil para mí.

FLEXIBILIDAD PARA MI REPRESENTANTE

Marque o coloque sus iniciales a continuación si desea otorgar a su representante flexibilidad para seguir las instrucciones que usted proporciona en este formulario. **Si no lo hace**, su representante deberá seguir las instrucciones exactamente, incluso si considera que otra acción sería mejor para usted.

_____ Le otorgo flexibilidad a mi representante para seguir las instrucciones que he proporcionado si considera que otra acción sería mejor.

3. DESIGNACIÓN DE UN TUTOR

Puede indicar a quién le gustaría que se designara como su tutor, en caso de necesitar uno. Un tutor es una persona designada por un tribunal para tomar decisiones en nombre de alguien que no puede hacerlo por sí mismo. Completar este formulario NO significa que usted quiera o necesite un tutor. Tampoco se garantiza que el tribunal designe a la persona que usted indique como tutor.

Si un tribunal llegara a designar un tutor para que tome decisiones personales por mí, deseo que el tribunal elija:

_____ A mi representante designado en este formulario. Si mi representante no puede desempeñar ese cargo, deseo que se designe al representante alternativo indicado en este formulario.



_____ Otro (proporcione la información de contacto):

PARTE D: DONACIÓN DE ÓRGANOS

En esta sección, puede expresar su deseo de donar órganos después de su fallecimiento. Es posible que ya haya indicado su decisión en la licencia de conducir, el documento de identidad u otro registro oficial. Puede dejar cualquier espacio en blanco.

1. DONACIÓN

Puede marcar o colocar sus iniciales solo en una de las opciones. Deje esta sección en blanco si no desea expresar su decisión aquí.

_____ Autorizo la donación de mis órganos, tejidos y demás partes del cuerpo después de mi fallecimiento, incluso si ello requiere continuar tratamientos que pudieran contradecir otras instrucciones indicadas en este formulario, EXCEPTO las partes que señalo a continuación (indique cualquier parte del cuerpo que NO desee donar):

_____ No deseo que mis órganos, tejidos ni ninguna otra parte de mi cuerpo se donen por ningún motivo. (Si marca o coloca sus iniciales en esta opción, debe omitir la sección “Propósito de la donación”).

2. PROPÓSITO DE LA DONACIÓN

Puede marcar o colocar sus iniciales en todas las opciones que correspondan. (Si no marca ni coloca sus iniciales en ninguno de los propósitos a continuación, la donación podrá usarse para todos los fines mencionados).

Los órganos, tejidos o partes del cuerpo que dono pueden destinarse a:

_____ Trasplante

_____ Terapia

_____ Investigación

_____ Educación

_____ Todas las opciones anteriores



PARTE E: FIRMAS

SU FIRMA

Firme aquí: _____

Fecha: _____

Ciudad y estado (opcional):

FIRMA DEL TESTIGO

Se requiere la firma de un testigo si este formulario se utiliza para designar a un representante. El testigo debe ser una persona adulta que no sea la persona designada como representante, ni su cónyuge, pareja de hecho, ni alguien con quien conviva como pareja. Si usted recibe atención en un hogar de ancianos o en un centro de atención a largo plazo, el testigo no puede ser un empleado, contratista, propietario ni administrador de dicha institución.

Nombre del testigo (en letra de imprenta):

Firma del testigo: _____

(Solo firme como testigo si considera que la persona que firma arriba lo hace de manera voluntaria).

Fecha de la firma del testigo: _____

PARTE F: INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE

1. Si este formulario lo designa como representante, usted podrá tomar decisiones sobre la atención médica de la persona que lo nombró cuando esta no pueda hacerlo por sí misma.
2. Al tomar decisiones, siga todas las instrucciones que la persona haya dejado, incluidas las que aparecen en este formulario.



3. Si no conoce los deseos de la persona, tome la decisión que considere más beneficiosa para ella. Al hacerlo, tenga en cuenta los valores, preferencias y objetivos de la persona, si los conoce o puede averiguarlos. Es posible que algunas de esas preferencias estén indicadas en este formulario. Además, debe tener en cuenta cualquier comportamiento o forma de comunicación de la persona que refleje sus deseos en el momento.
4. Si este formulario lo designa como representante, usted también podrá acceder y compartir la información de salud de la persona. Sin embargo, salvo que la persona lo haya autorizado expresamente en este formulario, solo podrá hacerlo cuando la persona no pueda tomar decisiones sobre su propia atención médica.

Revisado el 9/30/2025.

