

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE MARYLAND:
PLANIFICACIÓN DE DECISIONES FUTURAS SOBRE
ATENCIÓN MÉDICA**

De: _____
(Nombre y apellido en imprenta)

Fecha de Nacimiento: _____
(Mes/día/año)

El uso de este formulario de directivas anticipadas para hacer la planificación de su atención médica es completamente opcional. Hay otros formularios que también son válidos en Maryland. Sin importar qué formulario use usted, hable con su familia y con aquellas personas cercanas a usted sobre sus deseos.

Este formulario tiene dos partes para que usted exprese sus deseos, y una tercera parte para las firmas que son necesarias. La Parte I de este formulario le permite contestar esta pregunta: Si usted no puede (o no desea) tomar sus propias decisiones sobre su atención médica, quién desea usted que las tome por usted? La persona que usted elija se denomina su apoderado para decisiones de atención médica. **Asegúrese de hablar con su apoderado para decisiones de atención médica (y con cualquier apoderado de respaldo) sobre este papel importante que desempeñan.** La Parte II le permite expresar sus preferencias sobre los esfuerzos para prolongar su vida en tres situaciones: afección terminal, estado vegetativo persistente, afección en etapa final. Además de sus decisiones sobre la planificación de su atención médica, usted podrá elegir ser donante de órganos luego de su fallecimiento completando también el formulario para tal efecto.

Puede llenar las Partes I y II de este formulario, o sólo la Parte I, o sólo la Parte II. Use el formulario para reflejar sus deseos, luego firme ante dos testigos (Parte III). Si sus deseos cambiasen, haga una nueva directiva anticipada.

Asegúrese de entregar una copia del formulario completado a su apoderado para decisiones de atención médica, a su médico, y otras personas que pudiesen necesitarlo. Guarde una copia en su casa en un lugar dónde se pueda encontrar si alguien la necesita. Revise periódicamente lo que ha escrito.

**PARTE I: SELECCIÓN DEL APODERADO PARA DECISIONES
DE ATENCIÓN MÉDICA**

A. Selección del Apoderado Primario

Elijo al siguiente individuo como mi apoderado para tomar decisiones sobre mi atención médica en mi nombre:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(casa y celular)



B. Selección de Apoderados de Respaldo

(Opcional; el formulario es válido aún si se deja esto en blanco)

1. Si por cualquier motivo no pudiesen comunicarse a tiempo con mi apoderado primario o éste no estuviese disponible, o no estuviese dispuesto a desempeñarse como mi apoderado primario, entonces elijo a la siguiente persona para que se desempeñe en calidad de apoderado:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

2. Si por cualquier motivo no pudiesen comunicarse a tiempo ni con mi apoderado primario ni con mi primer apoderado de respaldo, o si éstos no estuviesen disponibles, o no estuviesen dispuestos a desempeñarse como mi apoderado, entonces elijo a la siguiente persona para que se desempeñe en calidad de apoderado:

Nombre: _____

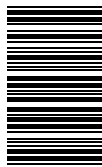
Números de teléfono: _____
(casa y celular)

C. Poderes y Derechos del Apoderado para Decisiones de Atención Médica

Deseo que mi apoderado tenga poder absoluto para tomar decisiones sobre mi atención médica en mi nombre, incluyendo el poder de:

1. Dar o no dar su consentimiento para procedimientos o tratamientos médicos que mis médicos ofrezcan, incluyendo aquellas cosas que tengan como fin mantenerme vivo, como respiradores y sondas de alimentación;
2. Decidir quién deberá ser mi médico y cuáles deberán ser mis otros proveedores de servicios médicos; y
3. Decidir dónde deberá tratarse, incluyendo si deberé estar en un hospital, residencia geriátrica, u otra dependencia médica, o un programa de tipo hospicio.
4. También deseo que mi apoderado:
 - a. Viaje conmigo en la ambulancia si es que necesitan trasladarme de urgencia al hospital; y
 - b. Pueda visitarme si estoy en un hospital o alguna otra dependencia médica.

*ESTA DIRECTIVA PREVIA NO
HACE A MI APODERADO
RESPONSABLE DE NINGUNO DE
LOS COSTOS DE MI ATENCIÓN.*



763a

Este poder está sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones: (Opcional; el formulario es válido aún si se deja esto en blanco)

D. Cómo deberá decidir mi apoderado los temas específicos

Confío en el juicio de mi apoderado. Mi apoderado deberá fijarse primero para ver si hay algo en la Parte II de esta directiva anticipada que le ayude a tomar una decisión sobre el tema. Luego, mi apoderado deberá pensar en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y otras creencias y valores, mi personalidad, y cómo he abordado los temas médicos y otros temas importantes en el pasado. Si lo que yo hubiese decidido aún no queda claro, entonces mi apoderado tomará las decisiones en mi nombre que él considere que son las mejores para mí. Al hacerlo, mi apoderado deberá considerar los beneficios, cargas, y riesgos de las opciones que hayan presentado mis médicos.

E. Personas a las que mi apoderado deberá consultar

(Opcional; el formulario es válido aún si se deja esto en blanco)

Al tomar decisiones de importancia en mi nombre, aliento a mi apoderado a que consulte a las siguientes personas. Al completar esto, no es mi intención limitar la cantidad de personas con las cuales mi apoderado pueda consultar o el poder de mi apoderado para tomar decisiones.

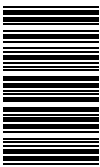
Nombre(s)

Números (s) de teléfono:

F. En caso de embarazo

(Opcional, para mujeres en edad reproductiva solamente; el formulario es válido aún si se deja esto en blanco)

Si estoy embarazada, mi apoderado seguirá las siguientes instrucciones específicas:



763a

**G. Acceso a mi Historia Clínica – Ley Federal de Privacidad (Federal Privacy Law)
Autorización (HIPAA)**

1. Si, antes del momento en que la persona elegida como mi apoderado tenga el poder de actuar bajo este documento, mi médico quiere hablar con esa persona sobre mi capacidad de tomar mis propias decisiones, autorizo al médico a que divulgue información clínica reservada relacionada con dicho tema.
2. Una vez que mi apoderado tenga poder absoluto para actuar bajo este documento, mi apoderado podrá solicitar, recibir, y revisar toda información oral o escrita con respecto a mi salud física o mental, incluyendo pero no limitado a registros médicos y hospitalarios y otra información clínica reservada, y consentir a la divulgación de dicha información.
3. Para todo propósito relacionado con este documento, mi apoderado es mi representante personal bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act -HIPAA). Mi apoderado podrá firmar, como mi representante personal, cualquier formulario de autorización de divulgación u otros materiales relacionados con HIPAA.

H. Vigencia de esta Parte

(Lea ambas oraciones atentamente. Luego, ponga sus iniciales al lado de **una** solamente.)

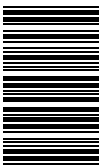
El poder de mi apoderado entra en vigencia:

1. Inmediatamente después de que yo firme este documento, sujeto a mi derecho de tomar cualquier decisión sobre mi atención médica si así lo deseo y soy capaz de hacerlo.

>>0<<

2. Cuando yo no sea capaz de tomar decisiones de manera informada sobre mi atención médica, ya sea porque el médico a cargo mi atención (médico de cabecera) decida que he perdido esta capacidad temporariamente, o mi médico de cabecera y un médico consultor estén de acuerdo en que he perdido esta capacidad **permanentemente**.

Si lo único que usted desea hacer es elegir un apoderado para decisiones de atención médica, saltéese la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar la directiva anticipada ante testigos. Si también quiere escribir sus preferencias de tratamiento, vaya a la Parte II. Considere también hacerse donante de órganos, usando para ello el formulario adjunto.



763a

**PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO
("Testamento Vital")**

A. Declaración de Objetivos y Valores

(Opcional: el formulario es válido aún si se deja esto en blanco)

Quiero decir algo sobre mis objetivos y valores, y especialmente sobre lo que es más importante para mí durante la última etapa de mi vida:

B. Preferencia en el caso de una Afección Terminal

(Si usted desea expresar cuál es su preferencia, ponga sus iniciales sólo al lado de **una**. Si no desea expresar una preferencia tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que mi muerte de una afección terminal es inminente, aún si se usan procedimientos de soporte vital:

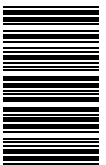
1. Manténgame cómodo y permitan que ocurra la muerte natural. No quiero que se use ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. No quiero recibir alimentación ni líquidos por sonda ni por otros medios médicos.

>>0<<

2. Manténgame cómodo y permitan que ocurra la muerte natural. No quiero que se use ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. Si no puedo tomar suficiente alimentación por boca, sin embargo, quiero recibir alimentación y líquidos por sonda u otros medios médicos.

>>0<<

3. Traten de prolongar mi vida lo más posible, usando todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con una opinión médica razonable evitasen o retrasasen mi muerte. Si no puedo tomar suficiente alimentación por boca deseo recibir alimentación y líquidos por sonda u otros medios médicos.



763a

C. Preferencia en Caso de Estado Vegetativo

Persistente

(Si usted desea expresar cuál es su preferencia, ponga sus iniciales sólo al lado de **una**. Si no desea expresar una preferencia tache toda la sección.)

Si mis médicos certifican que me encuentro en un estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy consciente y no tengo consciencia de mí mismo ni de mis alrededores ni soy capaz de interactuar con otros, y no hay ninguna expectativa razonable de que vuelva a recuperar la consciencia:

1. Manténgame cómodo y permitan que ocurra la muerte natural. No quiero que se use ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. No quiero recibir alimentación ni líquidos por sonda ni por otros medios médicos.

>>O<<

2. Manténgame cómodo y permitan que ocurra la muerte natural. No quiero que se use ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. Si no puedo tomar suficiente alimentación por boca, sin embargo, quiero recibir alimentación y líquidos por sonda u otros medios médicos.

>>O<<

3. Traten de prolongar mi vida lo más posible, usando todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con una opinión médica razonable evitasen o retrasasen mi muerte. Si no puedo tomar suficiente alimentación por boca deseo recibir alimentación y líquidos por sonda u otros medios médicos.

D. Preferencia en Caso de Afección en Etapa Final

(Si usted desea expresar cuál es su preferencia, ponga sus iniciales sólo al lado de **una**. Si no desea expresar una preferencia tache toda la sección.)

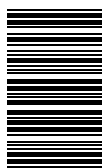
Si mis médicos certifican que me encuentro en un estado de estadio final, es decir, una afección incurable que seguirá su curso hasta la muerte y que ya ha resultado en la pérdida de capacidad y en la total dependencia física:

1. Manténgame cómodo y permitan que ocurra la muerte natural. No quiero que se use ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. No quiero recibir alimentación ni líquidos por sonda ni por otros medios médicos.

>>O<<

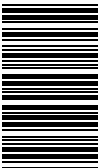
2. Manténgame cómodo y permitan que ocurra la muerte natural. No quiero que se use ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. Si no puedo tomar suficiente alimentación por boca, sin embargo, quiero recibir alimentación y líquidos por sonda u otros medios médicos.

>>O<<



763a

3. Traten de prolongar mi vida lo más posible, usando todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con una opinión médica razonable evitasen o retrasasen mi muerte. Si no puedo tomar suficiente alimentación por boca deseo recibir alimentación y líquidos por sonda u otros medios médicos.



763a

E. Alivio del Dolor

Sin importar cuál sea mi estado, adminístrenme medicinas u otro tratamiento para aliviar el dolor.

F. En Caso de Embarazo

(Opcional, para mujeres en edad reproductiva solamente; el formulario es válido aún si se deja esto en blanco)

Si estoy embarazada, mi decisión sobre los procedimientos de soporte vital se modificará de la manera siguiente:

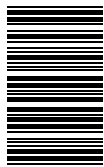
G. Vigencia de las Preferencias Expresadas

(Lea ambos párrafos atentamente. Luego ponga sus iniciales sólo al lado de **uno.**)

1. Entiendo que no puedo prever todo lo que pueda suceder cuando yo ya no pueda decidir por mí mismo. Mis preferencias expresadas tienen como fin el servir de guía a quien esté tomando las decisiones en mi nombre y a mis proveedores de atención médica, pero los autorizo a que sean flexibles al aplicar lo expresado si sienten que eso va a ser mejor para mí

>>OR<<

2. Entiendo que no puedo prever todo lo que pueda suceder cuando yo ya no pueda decidir por mí mismo. Sin embargo, quiero que quien esté tomando las decisiones en mi nombre y mis proveedores de atención médica sigan mis preferencias expresadas exactamente como están escritas, aún si pensasen que existe una alternativa mejor.



763a

PARTE III: FIRMA Y TESTIGOS

Al firmar más abajo como Declarante, indico que soy emocionalmente y mentalmente competente para realizar esta directiva anticipada y que entiendo su propósito y vigencia. Entiendo también que este documento reemplaza cualquier directiva anticipada que hubiese completado antes de esta fecha.

(Firma del Declarante)

(Fecha)

El Declarante firmó o reconoce haber firmado este documento en mi presencia y, basado en observación personal, parece ser emocional y mentalmente competente para realizar esta directiva anticipada.

(Firma del Testigo)

(Fecha)

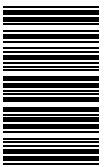
(Número(s) de Teléfono):

(Firma del Testigo)

(Fecha)

(Número(s) de Teléfono):

(Nota: Ninguna de las personas elegidas como apoderado para decisiones de atención médica en la Parte I podrá ser testigo. Además, por lo menos uno de los testigos deberá ser alguien que, a su mejor saber y entender, no vaya a heredar algo del Declarante o de algún otro modo obtenga un beneficio económico de la muerte del Declarante. La ley de Maryland **no** exige la legalización de que este documento ante notario público.)



763a

**LUEGO DE MI
MUERTE**
(Este documento es opcional. Haga sólo lo que refleje sus deseos.)

Por: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre en Imprenta) (Mes/Día/Año)

**PARTE I: DONACIÓN DE
ÓRGANOS**

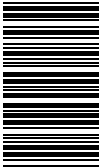
(Ponga sus iniciales al lado de las opciones que desea. Tache las que no desea.)

Al morir deseo donar: _____
Todo órgano, tejido u ojos que sean necesarios. _____
Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

- Para trasplante _____
- Para terapia _____
- Para investigación _____
- Para educación médica _____
- Para cualquier propósito autorizado por la ley _____

Entiendo que no se extraerá ningún órgano vital, tejido u ojo para trasplante hasta después que yo haya sido declarado muerto. *Este documento no tiene la función de cambiar nada sobre mi atención médica mientras yo esté aún vivo.* Después de la muerte, autorizo toda medida de soporte vital para mantener la viabilidad para el trasplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que se haya completado la recuperación de órganos, tejidos y ojos. Entiendo que a mi patrimonio no se le cobrará ningún costo relacionado con esta donación.



763a

PARTE II: DONACIÓN DEL CUERPO

Después de cualquier donación de órganos indicada en la Parte I, deseo que mi cuerpo se done para su uso en un programa de estudios médicos.

PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y ARREGLOS FUNERARIOS

Deseo que la siguiente persona tome las decisiones sobre la disposición de mi cuerpo y mis arreglos funerarios: (Ponga sus iniciales al lado de la primera opción o complete la segunda.)

El apoderado para decisiones de atención médica que nombré en mi directiva anticipada.

>>O<<

Esta persona:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números (s) de Teléfono: _____
(Casa y celular)

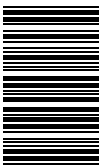
Si he escrito mis deseos más abajo, éstos deberán seguirse. Si no lo he hecho, la persona que yo he nombrado deberá decidir basada en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y valores, mi personalidad, y cómo he reaccionado con respecto a los arreglos funerarios de otras personas. Mis deseos sobre la disposición de mi cuerpo y mis arreglos funerarios son:

PARTE IV: FIRMA Y TESTIGOS

Al firmar abajo, indico que soy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta donación y que entiendo el propósito y la vigencia de este documento.

(Firma del Donante)

(Fecha)



763a

El Donante firma o reconoce haber firmado el presente documento en mi presencia y, basado en mi observación personal, parece ser emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta donación.

(Firma del Testigo)

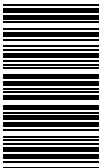
(Fecha)

(Número(s) de Teléfono):

(Firma del Testigo)

(Fecha)

(Número(s) de Teléfono):



763a

DESPUÉS DE MI MUERTE

Parte II: Donación del Cuerpo

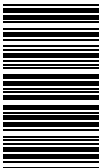
La Junta de Anatomía Estatal (State Anatomy Board), una unidad del Departamento de Salud e Higiene Mental, administra un Programa de Donación de Cuerpos en todo el estado. La Donación Anatómica permite a las personas dedicar el uso de sus cuerpos a su muerte para el avance de la educación médica, capacitación clínica y del personal vinculado a la atención médica y estudios investigativos en las instituciones de estudios de medicina de Maryland. La Junta de Anatomía requiere que las personas se pre-inscriban antes de su fallecimiento como donantes anatómicos al Programa de Donación de Cuerpos. No hay restricciones médicas o requisitos para hacerse "Donante de Cuerpo". Al fallecer la persona, la Junta asumirá la custodia y el control del cuerpo para su uso con fines educativos. Esto es un verdadero legado para que otras personas puedan tener vidas saludables. Para obtener información y formularios sobre donación puede comunicarse con la Junta llamando libre de cargo al 800.879.2728



763a

Se acordó de ...

- Completar la Parte I si quiere nombrar a un apoderado para decisiones de atención médica?
- Nombrar uno o dos apoderados de respaldo en el caso de que su primera elección para apoderado no esté disponible cuando se lo necesite?
- Hablar con su agente y agentes de reemplazo sobre sus valores y prioridades, y decidir si ésta es suficiente guía o si usted también quiere tomar decisiones específicas de atención médica en la directiva anticipada?
- Si quiere tomar decisiones específicas, llenar la Parte II, eligiendo cuidadosamente entre las alternativas?
- Firmar y fechar la directiva anticipada en la Parte III, ante dos testigos quienes también deben firmar?
- Leer el formulario "Después de Mi Muerte" para ver si quiere llenar alguna parte del mismo?
- Asegurarse de que su apoderado para decisiones de atención médica (si es que ha nombrado uno), su familia, y su médico tengan conocimiento de su planificación de atención médica anticipada?
- Darle una copia de su directiva anticipada a su apoderado para decisiones de atención médica, a los miembros de su familia, a su médico, hospital o residencia geriátrica si es que es un paciente allí?



763a