

Directivas Por Adelantado

Importante información respecto a la toma de decisiones en el cuidado de la salud: Usted tiene el derecho a decidir.

Los documentos en este paquete son presentados a usted de acuerdo con la “Federal Patient Self-determination Act, The Health Care Advance Directives Statute of Florida” y como servicio público de Lee Health

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____



Revisado en August 2023

120134218-5732

Preguntas hechas con frecuencia acerca de las directivas por adelantado

¿QUIÉN DEBE PREOCUPARSE ACERCA DE LAS DIRECTIVAS POR ADELANTADO?

Todos los pacientes adultos (de 18 años de edad en adelante) deberán entender directivas por adelantado. La ley federal requiere que ciertas facilidades, incluyendo hospitales, hogares para envejecientes y agencias del cuidado de la salud en el hogar provean información por escrito acerca de los derechos de un individuo bajo ley estatal para tomar decisiones respecto al cuidado médico, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a formular directivas por adelantado. Además, esas facilidades deberán documentar en una parte prominente del récord médico actual del individuo si el individuo ha ejecutado o no una directiva por adelantado. A cada persona adulta que pase a ser un paciente en las facilidades del Lee Memorial Health System se le deberá preguntar si han escrito unas directivas por adelantado. No se requieren directivas por adelantado para recibir cuidado en el Lee Memorial Health System, pero se le proveen a usted para que pueda documentar sus deseos concernientes al tratamiento.

¿POR QUÉ PROVEE EL LEE MEMORIAL ESTA INFORMACIÓN?

El Congreso de los Estados Unidos pasó una ley en el 1990 llamada el “Patient Self-Determination Act” (Acta de Autodeterminación del Paciente). Esta ley requiere que todas las organizaciones del cuidado de la salud le provean información escrita a los pacientes respecto a sus derechos a tomar decisiones acerca de su propio cuidado médico. Esto incluye el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico.

¿QUÉ ES UNA DIRECTIVA POR ADELANTADO?

Una directiva por adelantado es un conjunto de instrucciones que usted ha preparado respecto a su cuidado médico. Éstas podrán describir qué tratamiento desea o no usted y sirven para hacerle saber al equipo médico sus deseos en la eventualidad que usted no pueda dar instrucciones por sí mismo.

¿QUIÉN PUEDE SER TESTIGO DE UN TESTAMENTO EN VIDA?

Generalmente, cualquier adulto puede serlo, pero un cónyuge o un pariente sanguíneo sólo puede ser UNO de los testigos; el segundo testigo deberá ser alguien que no esté relacionado con usted. La persona que usted ha nombrado como su subrogado no deberá ser uno de los testigos.

¿QUÉ ES UN TESTAMENTO EN VIDA?

Un testamento en vida contiene instrucciones específicas acerca de lo que usted quiere que se haga respecto a sostener o retirar procedimientos que prolonguen la vida en la eventualidad que usted tenga una condición terminal, una condición de final de la etapa de vida o se encuentra en un persistente estado vegetativo.

¿QUÉ ES UNA DESIGNACIÓN DE UN SUBROGADO DEL CUIDADO DE LA SALUD (DESIGNATION OF HEALTH CARE SURROGATE O DHCS)?

Un DHCS es un documento que usted firma designando a una persona (subrogada) en la que usted confía para tomar decisiones del cuidado de la salud por usted, si usted se encuentra temporal o permanentemente incapaz de tomar decisiones del cuidado de la salud por sí mismo. Es importante que usted hable con su subrogado y le deje saber al subrogado acerca de su cuidado y tratamiento médico, para que su subrogado tome las decisiones basadas en los deseos de usted.

¿QUIÉNES PUEDEN SER TESTIGOS DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA?

El esposo o esposa o algún pariente biológico puede ser uno de los testigos, el segundo testigo debe ser alguien que no esté emparentado con usted. No puede ser testigo aquella persona que usted nombre representante.

¿CUÁNDO QUEDA EN REALIDAD EN EFECTO MI TESTAMENTO EN VIDA U OTRA DIRECTIVA POR ADELANTADO?

Su médico, luego de evaluar su condición, llamará a otro médico para una segunda opinión. Si ambos determinan que usted tiene una condición terminal, una condición de final de la etapa de vida o un persistente estado vegetativo, su testamento en vida entra en efecto. Si usted ha designado a un subrogado y su médico ha determinado que usted no tiene la “capacidad” o habilidad para tomar sus propias decisiones, entonces se le pedirá a su subrogado que provea el consentimiento por usted.

¿Y QUÉ SUCEDE SI YO NO HE TOMADO UNA DIRECTIVA POR ADELANTADO O NO PUEDO FIRMAR MI NOMBRE EN UN TESTAMENTO EN VIDA?

Usted puede dar instrucciones verbales a su médico y a su familia. Sin embargo, sería de más ayuda si usted pusiera sus deseos por escrito.

¿QUÉ SUCEDE SI CAMBIO DE IDEA Y QUIERO BORRAR TODO O PARTE DE MI TESTAMENTO EN VIDA?

Su directiva por adelantado puede ser revocada en cualquier momento al hacer cualquiera de las siguientes cosas:

- a) firmar una declaración escrita diciendo que usted la revoca;
- b) rompiendo físicamente la directiva o haciendo que alguien más la rompa en su presencia;
- c) expresando oralmente que usted la revoca;
- d) ejecutando otra directiva por adelantado que sea diferente a la anterior. La cosa más importante que recordar es decirle a su médico, familia o amigos lo que usted quiere.

¿PUEDE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA CANCELAR MI SEGURO DE VIDA SI YO DIGO QUE QUIERO QUE QUIERO QUE NO ME SUMINISTREN O ME RETIREN EL APOYO DE VIDA?

No. La ley de la Florida establece que ninguna póliza o seguro de vida será anulada porque usted haya tomado esas elecciones. También, a usted no se le puede requerir que haga una directiva por adelantado como una condición para obtener seguro o ser admitido a un hospital.

HE FIRMADO UN TESTAMENTO EN VIDA EN OTRO ESTADO. ¿ES VÁLIDO AQUÍ?

Normalmente, ¡sí! La Florida reconocerá una directiva por adelantado ejecutada en otro estado, provisto que cumpla con los requerimientos de ese estado o del estado de la Florida.

¿DÓNDE DEBO MANTENER MI DIRECTIVA POR ADELANTADO?

Su directiva por adelantado es su “voz” y deberá servir para dar sus instrucciones si usted no puede. Es importante que se encuentre en un lugar accesible y que su subrogado, familia y médico tengan una copia de ella. Usted también deberá traer una copia con usted cada vez que sea ingresado al hospital o pedirle a alguien que se la traiga.

¿DÓNDE PUEDO OBTENER UNA DIRECTIVA POR ADELANTADO?

Hay un formulario incluido en este panfleto que usted puede sentirse en la libertad de usar. Hay otras versiones de testamentos en vida disponibles. Este es un ejemplo provisto en los Estatutos de la Florida. Usted puede usar otra versión de un testamento en vida, pero se podría aconsejar que se asegurara que cumple con los requerimientos de la ley de la Florida.

¿NECESITO QUE UN ABOGADO ME HAGA UN TESTAMENTO EN VIDA O DESIGNNE UN SUBROGADO DEL CUIDADO DE LA SALUD?

No. Usted puede ejecutar un testamento en vida o una designación de un subrogado del cuidado de la salud sin un abogado. Sin embargo, si usted necesita preparar documentos relacionados con la toma de decisiones financieras, tales como un Poder Duradero, sería sabio que pidiera la ayuda de un abogado. La información en este paquete se relaciona con la toma de decisiones para el cuidado de la salud.

Lee Health espera que este folleto le haya ayudado a responder preguntas acerca del testamento de vida y las direcciones anticipadas. Sin embargo, si usted tiene más preguntas y quisiera más ayuda, por favor, siéntase libre de llamarnos a:

343-2940—Trabajo Social Médico, Departamento de Administración de Cuidado

343-5199—Servicios Espirituales Departamento

424-3765—Servicios al adulto envejeciente

432-3450—Servicios Sociales del HealthPark Care & Rehabilitation Center

343-2000—Servicios para los Invitados

Testamento en Vida

(Favor de escribir su nombre en letra de molde o imprenta)

(Un procedimiento de prolongación de vida significa cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica, incluyendo la provisión artificial de sustento e hidratación que sostiene, restablece o suplanta una función vital espontánea).

(Usted deberá darle a su médico, miembros de su familia o a un amigo cercano una copia del documento).

(Usted podrá querer darle consideración especial a la resucitación cardiopulmonar, ventiladores para respirar, alimentadores artificiales por tubo o fluidos dados por tubos, diálisis, cirugía o antibióticos).

USTED FIRMA AQUÍ

(Si usted no puede firmar, un testigo deberá firmar su nombre según usted le indique y en su presencia).

EL TESTIGO FIRMA AQUÍ

(Deberá ser firmado en la presencia de dos (2) testigos, uno de los cuales no deberá ser un cónyuge o un pariente sanguíneo).

EL TESTIGO FIRMA AQUÍ

Declaración hecha este día de _____ del _____ 20 ____

Yo, _____, tengo el deseo y la voluntad de hacer saber mi deseo de que mi muerte no deberá ser prolongada artificialmente bajo las siguientes circunstancias y por este medio declaro aquí que:

Si en algún momento yo estoy incapacitado y:

_____ tengo una condición terminal o

_____ tengo una condición de final de vida o

_____ estoy en un persistente estado vegetativo

Inicie todas las que aplican

y si mi médico de cuidado primario y otro médico asesor han determinado que no hay probabilidad médica razonable de que yo me recupere de tal condición, yo dirijo que no se me suministren o que se me retiren los procedimientos de prolongación de vida cuando la aplicación de tales procedimientos sólo servirían para prolongar artificialmente el proceso de morir y que se me permitiría morir naturalmente con sólo la administración de medicamento o el desempeño de cualquier procedimiento médico que se estime necesario para proveerme con cuidado de confort o para aliviar dolor.

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

En la eventualidad de que se determine que yo no pueda proveer un consentimiento expreso e informado respecto a la no administración, retiro o continuación de procedimientos que prolonguen la vida, yo deseo designar a la siguiente persona como mi subrogado para llevar a cabo las provisiones de esta declaración.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono _____

Yo entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional):

Firmado _____

Testigo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono _____

Testigo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Teléfono _____

DIRECTIVAS POR ADELANTADO

BLANK PAGE

Nombramiento De Representante Para Asuntos De Atención Médica

Yo, _____, nombro representante para asuntos de atención médica, de acuerdo con la sección 765.202 de los Estatutos de la Florida, a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Si mi representante para asuntos de atención médica no está dispuesto a cumplir sus obligaciones, no es capaz de hacerlo o no se puede ubicar razonablemente, designo representante suplente para asuntos de atención médica a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

INSTRUCCIONES SOBRE ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi representante para asuntos de atención médica a:

_____ Recibir toda mi información sobre asuntos de atención médica, aunque sea verbal o por escrito o grabada de cualquier forma o en cualquier medio, que: (Iniciales)

1. Genere o reciba el profesional de la salud, centro asistencial, plan de seguro médico, autoridad sanitaria pública, empleador, compañía de seguro de vida, escuela, universidad o centro de distribución de información sobre asuntos de atención médica; y
2. que tenga que ver con mi estado o circunstancias de salud mental o corporal anteriores, actuales o futuros; la prestación de atención médica a mi persona; o el pago anterior, actual o futuro de la atención médica prestada a mi persona.

También autorizo a mi representante para asuntos de atención médica a:

_____ Tomar en mi nombre toda decisión sobre asuntos de atención médica, lo que significa que él o ella tiene la autoridad de: (Iniciales)

1. Dar el consentimiento informado o la negación del consentimiento o suspender el consentimiento referente a toda mi atención médica, inclusive aquellos procedimientos para prolongar la vida.
2. Solicitar en mi nombre beneficios privados, públicos, gubernamentales o correspondientes a veteranos para sufragar los gastos de atención médica.
3. Conseguir acceso a mi información sobre asuntos de atención médica que sea razonablemente necesaria para que el representante para asuntos de atención médica tome decisiones relacionadas con mi atención médica y solicite beneficios en mi nombre.
4. Decida hacer donativos anatómicos conforme a la parte V del capítulo 765 de los Estatutos de la Florida.

Instrucciones y restricciones específicas: _____

Aunque tengo la capacidad de tomar decisiones, mis deseos son determinantes, y mis médicos y profesionales de la salud tienen que comunicarme claramente el plan de tratamiento o todo cambio del plan de tratamiento antes que se ponga en práctica.

En la medida que yo sea capaz de comprender, mi representante para asuntos de atención médica deberá mantenerme razonablemente informado de toda decisión que él o ella tome en mi nombre y sobre asuntos referentes a mi persona.

SI QUEDO DISCAPACITADO MÁS TARDE, ELLO NO AFECTARÁ EL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA, A EXCEPCIÓN DE LO DISPUESTO EN EL CAPÍTULO 765 DE LOS ESTATUTOS DE LA FLORIDA.

COMPRENDO QUE, DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 765.104 DE LOS ESTATUTOS DE LA FLORIDA, PUEDO REVOCAR O ENMENDAR ESTE NOMBRAMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO, MIENTRAS CONSERVE MIS FACULTADES, MEDIANTE LO SIGUIENTE:

- (1) FIRMANDO UN DOCUMENTO EXPRESADO POR ESCRITO QUE LLEVE LA FECHA CORRESPONDIENTE EN QUE SE MANIFIESTE MI INTENCIÓN DE ENMENDAR O REVOCAR ESTE NOMBRAMIENTO.
- (2) DESTRUYENDO FÍSICAMENTE ESTE NOMBRAMIENTO POR ACTO PROPIO O MEDIANTE EL DE UN TERCERO EN MI PRESENCIA Y BAJO MI DIRECCIÓN.
- (3) EXPRESANDO VERBALMENTE MI INTENCIÓN DE ENMENDAR O REVOCAR ESTE NOMBRAMIENTO.
- (4) O FIRMANDO UN NOMBRAMIENTO NUEVO QUE SEA ESENCIALMENTE DISTINTO A ESTE NOMBRAMIENTO.

LA AUTORIDAD DE MI REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA ENTRARÁ EN VIGOR CUANDO MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DETERMINE QUE NO SOY CAPAZ DE TOMAR POR MÍ MISMO MIS DECISIONES SOBRE ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA, A NO SER QUE COLOQUE MIS INICIALES EN AMBOS ESPACIOS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN O EN UNO DE ELLOS:

SI COLOCO MIS INICIALES EN ESTE ESPACIO [____], LA AUTORIDAD PARA RECIBIR INFORMACIÓN QUE TIENE MI REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA ENTRARÁ EN VIGOR INMEDIATAMENTE.

SI COLOCO MIS INICIALES EN ESTE ESPACIO [____], LA AUTORIDAD PARA RECIBIR INFORMACIÓN QUE TIENE MI REPRESENTANTE PARA ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA ENTRARÁ EN VIGOR INMEDIATAMENTE. DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 765.204(3) DE LOS ESTATUTOS DE LA FLORIDA, LAS INSTRUCCIONES O DECISIONES SOBRE ASUNTOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE YO DÉ VERBALMENTE O POR ESCRITO MIENTRAS CONSERVE MIS FACULTADES DEBERÁN REEMPLAZAR LAS DECISIONES QUE TOME MI REPRESENTANTE QUE ENTREN ESENCIALMENTE EN CONFLICTO CON LAS QUE YO DÉ.

FIRMAS: Firme el formulario aquí y póngale la fecha:

Escriba su nombre en letra de molde: _____

Escriba su nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

FIRMAS DE LOS TESTIGOS:

Nota: El esposo, la esposa o el pariente biológico puede ser uno de los testigos; el segundo testigo debe ser alguien que no esté emparentado con usted. No puede ser testigo aquella persona que usted nombre representante.

Primer testigo

Escriba su nombre en letra de molde: _____

Escriba su nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Segundo testigo

Escriba su nombre en letra de molde: _____

Escriba su nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

