

## Cómo llenar el documento de *Instrucciones Previas para Cuidados de Salud*

El documento de *Instrucciones Previas* se compone de dos partes: La primera (A) le permite designar un representante encargado de tomar decisiones en su nombre en lo relacionado a su salud, cuando usted no esté en capacidad de hacerlo. La segunda (B) le permite dar instrucciones específicas relacionadas con sus cuidados médicos. Este documento se prepara con el fin de ayudar al cuerpo médico y a su representante a tomar decisiones en el momento en el cual usted no esté en capacidad de hacerlo por sí mismo.

Usted puede ya sea:

- Llenar cualquiera de las dos partes (A o B), dependiendo de si desea únicamente nombrar un representante (A) o si sólo desea dar instrucciones específicas de salud (B) o,
- Llenar ambas partes (A y B) si así lo desea.

### PARTE A

Esta parte se compone de 5 secciones:

1. En la primera sección puede elegir la persona que tomará decisiones en su nombre. Aunque no es obligatorio, es aconsejable designar un representante suplente, en caso de que el primer representante no esté disponible en el momento de tomar una decisión. Si no desea un representante, tache esta sección.
2. Aquí se define la autoridad que desea otorgar a dicho representante. Tache cualquier sección que no le interese.
3. En esta tercera sección puede escoger una de las dos opciones para determinar el momento a partir del cual este documento tendrá validez.
4. Esta sección especifica que su representante deberá tomar decisiones en su nombre basándose en su voluntad la cual usted ha expresado en este documento o previamente de alguna otra manera. Si se desconocen sus deseos, su representante deberá tomar la decisión que más le favorezca a usted.
5. En esta última sección se aclara que su representante no tendrá ninguna responsabilidad económica al asumir dicho cargo.

### PARTE B

Aquí usted tiene la opción de declarar si no desea someterse a tratamientos para prolongar su vida en caso de encontrarse agonizando o desahuciado y sin esperanzas de recuperación. Así mismo puede declarar si desea someterse a dichos tratamientos con el fin de prolongar su vida indefinidamente, independientemente de la condición en que se encuentre.

En esta parte hay 6 opciones a considerar, las que se explican a continuación:

- Si no desea que su vida se sostenga artificialmente marque solamente opciones 1, 2 y 3, y elija en cada una la decisión apropiada.
  - Si desea recibir todos los tratamientos posibles marque la opción 5.
1. En la primera opción se indica que si en caso de sufrir una enfermedad terminal, como cáncer, usted no desea someterse a procedimientos que prolonguen su vida; debe decidir si desea o no recibir fluidos y alimentación artificial aunque rechace otros procedimientos para prolongar su vida.
  2. En esta opción se indica que en caso de encontrarse en estado vegetativo permanente, como por ejemplo el causado por una lesión cerebral severa, no desea que se posponga su muerte por medios artificiales. Debe decidir si desea o no recibir fluidos y alimentación artificial aunque rechace otros procedimientos para prolongar su vida.
  3. En la tercera opción se indica que en caso de encontrarse en una condición terminal, como en el caso de una enfermedad de Alzheimer's avanzada, usted no desea prolongar su vida por medios artificiales. Debe elegir si desea o no aceptar fluidos y alimentación artificial aunque rechace otros procedimientos para prolongar su vida.

4. Algunas drogas que se suministran para controlar el dolor pueden acelerar la muerte. Especifique si desea o no recibir tales drogas.
5. Escoja esta opción si usted desea someterse a todo tratamiento disponible aunque no haya perspectivas de recuperación y la muerte sea inminente. No elija esta opción si ha elegido opciones 1, 2 o 3.
6. Agregue, en esta última sección, cualquier instrucción que considere necesaria, como sus deseos relacionados con la donación de órganos después de su muerte, la amputación de miembros o el uso de diálisis renal.

Firme este documento en presencia de dos testigos. Por lo menos uno de sus testigos deberá ser una persona que no se beneficiará económicamente con su muerte.

UNA VEZ COMPLETE ESTE DOCUMENTO ENVIE UNA COPIA A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS:

- Su representante designado de cuidados médicos
- Su médico de cabecera
- Otros médicos al cuidado de su salud, incluyendo especialistas y doctores que lo hayan atendido.
- El empleado encargado de registrarlo en el momento de ingresar a un establecimiento médico. En el hospital *Peninsula Regional Medical Center*, su documento de Instrucciones Previas formará parte de su ficha médica. Por favor informe al hospital PRMC de cualquier cambio en dicho documento, llamando al 410-543-7157.
- Cualquier otra persona relacionada con la toma de decisiones sobre su salud.

Mantenga el original en su casa. NO LO GUARDE en una caja fuerte.

## INSTRUCCIONES PREVIAS DE CUIDADOS DE SALUD

Por medio de la presente, yo, \_\_\_\_\_ (su nombre completo), con residencia en \_\_\_\_\_ (su dirección), fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, número de seguridad social xxx-xx-\_\_\_\_\_ (su SSN), sexo \_\_\_\_\_ (masculino o femenino) y número de teléfono \_\_\_\_\_ (su número de teléfono) anticipadamente expreso las instrucciones a seguir con relación a mi salud.

### PARTE A

#### NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE

*Complete esta sección si desea designar un representante encargado de tomar decisiones relacionadas con sus cuidados médicos. Tache esta sección, si no desea designar un representante, o cualquier otra sección que no le interese.*

1. Yo nombro a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(Nombre completo, dirección y número de teléfono del representante designado)*  
como representante para tomar en mi nombre, decisiones relacionadas con mis cuidados de salud.

OPCIONAL: En caso de que dicho representante no esté disponible, no pueda o no esté dispuesto a cumplir su labor, nombro como representante alterno a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Nombre completo, dirección y número de teléfono del representante alterno)*

2. Mi representante tendrá toda la autoridad y el poder necesarios para tomar en mi nombre decisiones sobre mis cuidados médicos, incluyendo poder para:

- a. Solicitar, recibir y revisar cualquier información oral o escrita sobre mi salud física o mental, como por ejemplo historia médica y hospitalaria y consentimiento para revelar esta información.
- b. Contratar y despedir al personal médico encargado de mi salud.
- c. Autorizar mi admisión o salida de cualquier hospital, hospicio u otra institución de cuidado médico.
- d. Aprobar, suspender o retirar cualquier tratamiento médico incluyendo procedimientos para prolongar la vida.

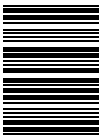
3. Mi representante podrá ejercer su autoridad:

*(Seleccione la opción apropiada)*

Cuando dos doctores concluyan que no estoy en capacidad de tomar mis propias decisiones en relación con mis cuidados médicos.

ó

Cuando se firme este documento.



4. Mi representante, en mi nombre, podrá tomar decisiones relacionadas con mi salud de acuerdo a las instrucciones que proporciono en este documento, o de acuerdo a mi voluntad expresada previamente por otros medios. Si mi voluntad se desconoce o no es clara, mi representante tomará decisiones en mi nombre una vez haya considerado los beneficios, responsabilidades y riesgos que resulten de la administración, suspensión o retiro de un tratamiento, o del curso de dicho tratamiento.

5. Mi representante no será responsable de los gastos médicos ocasionados por esta autorización.

## PARTE B

### INSTRUCCIONES DE CUIDADOS MEDICOS

*Complete esta sección si desea dar instrucciones específicas a cerca de su salud.*

En caso de encontrarme incapacitado para tomar decisiones sobre mi salud, deseo que tanto mi representante como el cuerpo médico encargado, sigan las siguientes instrucciones:

1. Si mi muerte es inminente debido a una enfermedad o condición terminal, y si aún con la ayuda de procedimientos para prolongar la vida no hay posibilidades razonables de recuperación:

*(INDIQUE la opción apropiada)*

No deseo someterme a procedimientos que prolonguen mi vida, incluyendo el suministro intravenoso o por sondas de hidratación y alimentación.

ó

No deseo someterme a procedimientos que prolonguen mi vida, excepto cuando sea incapaz de recibir alimentación oral; en dado caso deseo recibir hidratación y alimentación artificial.

2. Si me encuentro en estado vegetativo permanente, ya sea inconsciente, incapaz de comunicarme, o sin noción de mis alrededores, y si no hay posibilidades razonables de recuperación:

*(INDIQUE la opción apropiada)*

No deseo someterme a procedimientos que prolonguen mi vida, incluyendo el suministro intravenoso o por sondas de hidratación y alimentación.

ó

No deseo someterme a procedimientos que prolonguen mi vida, excepto cuando sea incapaz de recibir alimentación oral; en dado caso deseo recibir hidratación y alimentación artificial.

3. En caso de una condición terminal, causada por un accidente o enfermedad, la que como resultado ha ocasionado un deterioro grave y permanente manifestado por mi incapacidad y mi total dependencia física, y que para dicha condición irreversible, según la opinión médica, cualquier tratamiento sería ineficiente:

*(INDIQUE la opción apropiada)*

No deseo someterme a procedimientos que prolonguen mi vida, incluyendo el suministro intravenoso o por sondas de hidratación y alimentación.

ó

No deseo someterme a procedimientos que prolonguen mi vida, excepto cuando sea incapaz de recibir alimentación e hidratación oral; en dado caso deseo recibir hidratación y alimentación artificial.

4. (INDIQUE la opción apropiada)

Independientemente de mi condición, deseo que se me suministren las drogas necesarias para aliviar el dolor y el sufrimiento aún cuando dichas drogas puedan acortar mi vida.

ó

Independientemente de mi condición, deseo que NO se me suministren las drogas necesarias para aliviar el dolor y el sufrimiento si dichas drogas pueden acortar mi vida.

5. (ESCOJA ESTA OPCION UNICAMENTE si desea continuar con todo tratamiento bajo cualquier circunstancia posible. NO escoja esta opción si ya ha elegido opciones 1, 2 o 3)

Independientemente de mi condición, deseo que, se me proporcione todo tratamiento médico disponible de acuerdo con los estándares médicos aceptados.

6. Adicionalmente, deseo lo siguiente: (en el siguiente espacio indique otras instrucciones relacionadas con el suministro o retiro de cualquier tratamiento médico): \_\_\_\_\_

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

Con mi firma, hago constar que me encuentro en capacidad tanto emocional como mental para preparar este documento de **Instrucciones Previas** y que entiendo las razones y consecuencias que en él se expresan.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del declarante \_\_\_\_\_

Soy testigo de que el declarante firmó o dio su consentimiento al firmar estas instrucciones en mi presencia y en mi opinión personal, está en pleno uso de sus capacidades mentales.

Firma del Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

## DONACIÓN DE ORGANOS

Preparado por la oficina del Abogado General del estado de Maryland.

*(Si desea donar órganos, puede adjuntar esta página a su documento de Instrucciones Previas o Testamento Vital. Firme ante un testigo)*

Por medio de la presente señalo que en caso de sufrir una muerte cerebral, deseo que en mi nombre se ofrezcan mis órganos o tejidos para transplantarlos en un paciente que los necesite. Si se lleva a cabo dicho trasplante deseo permanecer conectado a una máquina de ayuda cardíaca o pulmonar solamente hasta que se haya confirmado la elegibilidad del paciente para el órgano o tejido y hasta el momento en que se haya recuperado dicho órgano o tejido.

Con mi firma, testifico que me encuentro en capacidad tanto emocional como mental para preparar este documento y que entiendo las razones y consecuencias que en él se expresan.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del declarante \_\_\_\_\_

Soy testigo de que el declarante firmó o dio su consentimiento al firmar estas instrucciones en mi presencia y en mi opinión personal, parece ser una persona competente.

\_\_\_\_\_

Firma del primer testigo

\_\_\_\_\_

Firma del segundo testigo