

Instrucciones para completar un documento de voluntades anticipadas

En OHSU, nos esforzamos por darle la mejor atención posible. Para cumplir este objetivo, para nosotros es importante conocer el nivel de atención que usted quiere y buscar el modo de cumplir su voluntad. Una manera de garantizarlo es que usted complete un documento de voluntades anticipadas. Se trata de un documento que lo ayuda a comunicar sus deseos sobre la atención médica cuando no puede expresarlos por su cuenta. Animamos a todos nuestros pacientes, independientemente de su estado de salud o edad, a completar un documento de voluntades anticipadas. Su expediente médico debe incluir una copia del documento de voluntades anticipadas porque todos podemos sufrir una lesión o una enfermedad imprevistas en cualquier momento.

Cómo completar un documento de voluntades anticipadas

Cómo completar paso a paso el Formulario de voluntades anticipadas de Oregon

El documento de voluntades anticipadas no se aplica a la atención actual que reciba.

Solo se aplica a la atención que elegiría o rechazaría si estuviera demasiado enfermo para expresarse. Está diseñado para que lo complete mientras está sano y es capaz de hacerlo. Esperamos que no lo necesite durante muchos años. Quizás nunca lo necesite. Pero si fuera necesario, usted estará preparado.

El Formulario de voluntades anticipadas de Oregon es un documento legal que se rige por las leyes de Oregon. Si recibe atención médica en el estado de Oregon, este formulario tendrá validez legal. Si recibe atención médica en otros estados, es posible que se respeten las voluntades expresadas en este formulario, pero quizás el documento no tenga validez legal en dichos estados.

La primera sección es una descripción general del documento de voluntades anticipadas. A modo de resumen, menciona que:

- a. Usted puede nombrar a una persona para que tome las decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomar las decisiones que se mencionan en este formulario. Esta persona se denomina **representante para asuntos médicos**.
- b. Si no nombra a un representante para asuntos médicos en este formulario, su representante para asuntos médicos será la primera que corresponda de estas personas:
 - 1) Su tutor legal que esté, quien estaría autorizado a tomar decisiones sobre su atención médica.
 - 2) Su cónyuge o pareja de hecho registrada.
 - 3) La mayoría de sus hijos adultos.
 - 4) Uno de sus padres.
 - 5) La mayoría de sus hermanos adultos.
 - 6) Un familiar o un amigo adultos.

- c. Su representante para asuntos médicos y otros proveedores de atención médica usarán el documento de voluntades anticipadas para tomar decisiones de atención médica en su nombre.
- d. Este documento de voluntades anticipadas no entrará en vigor hasta que usted y sus representantes para asuntos médicos lo firmen, y también lo hagan dos testigos o un notario público.
- e. Si ya ha completado un documento de voluntades anticipadas, este nuevo documento reemplazará las voluntades legales de atención médica anteriores, incluido el poder notarial para la atención médica.
- f. Puede cancelar o modificar el documento de voluntades anticipadas en cualquier momento.

1. SOBRE MÍ. Escriba en letra de imprenta su nombre, fecha de nacimiento, números de teléfono, dirección y correo electrónico.

2. MI REPRESENTANTE PARA ASUNTOS MÉDICOS. En esta sección, nombrará a las personas que tomarán las decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo. Esta persona se denominará “representante para asuntos médicos” en este formulario. También puede denominarse “apoderado para asuntos médicos” o “poder notarial duradero para la atención médica” en algunos documentos.

Un representante para asuntos médicos es una persona:

- a. Que está dispuesta a aceptar la función de encargado de tomar decisiones sobre atención médica en su nombre.
- b. Que comprende qué es importante para usted.
- c. En la que usted confía para que cumpla sus deseos respecto de la atención médica.
- d. En la que usted confía para que tome las decisiones correctas en su nombre en una situación difícil o poco clara.

Cómo completar un documento de voluntades anticipadas

- 1) Cuando elija a alguien, pregúntele a la persona si está dispuesta a ser su representante para asuntos médicos. Escriba en letra de imprenta el nombre, la relación, el número de teléfono y la dirección de esta persona en los espacios en blanco.

2. Mi representante para asuntos médicos (My Health Care Representative)

Elijo a esta persona como mi representante para asuntos médicos para que tome decisiones de atención médica en mi nombre si yo no pudiera expresarme. (I choose the following person as my health care representative to make health care decisions for me if I can't speak for myself.)

Nombre (Name) _____ Relación (Relationship) _____

Números de teléfono (casa) (Telephone numbers (Home)) _____
(trabajo) (Work) _____ (celular) (Cell) _____

Dirección (Address) _____

Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

- 2) Si quiere nombrar a un segundo (y tercer) representante para asuntos médicos, escriba en letra de imprenta el nombre, la relación, el número de teléfono, la dirección y el correo electrónico de esa persona en los espacios de abajo.

- 3) Las personas que seleccionó deberían saber que usted las eligió como representantes para asuntos médicos. Esas personas deben firmar la sección 7 del formulario.

7. Aceptación de mi representante para asuntos médicos (Acceptance by my Health Care Representative)

Acepto esta designación y mi función como representante para asuntos médicos. (I accept this appointment and agree to serve as health care representative.)

REPRESENTANTE PARA ASUNTOS MÉDICOS (HEALTH CARE REPRESENTATIVE)

Nombre en letra de imprenta (Printed name) _____

Firma u otra verificación de aceptación (Signature or other verification of acceptance) _____

Fecha (Date) _____

- 4) Debido a que los familiares suelen tener opiniones diferentes, es importante que le haga saber a toda su familia quién es su representante para asuntos médicos. De esa manera, todos entenderán claramente quién estará encargado de tomar las decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo.

Cómo completar un documento de voluntades anticipadas

3. INSTRUCCIONES PARA MI REPRESENTANTE PARA ASUNTOS MÉDICOS

Antes de completar esta sección del documento de voluntades anticipadas, debe revisar con atención la sección 4, “INSTRUCCIONES SOBRE MI ATENCIÓN PALIATIVA TERMINAL”.

En la sección 4, usted puede especificar si quiere recibir alimentación por sonda o medidas de soporte vital cuando se aproxime al final de su vida.

No debe completar la sección 4 si no quiere tomar estas decisiones con anticipación. Usted tiene la opción de que sus representantes para asuntos médicos o sus proveedores de atención médica tomen estas decisiones por usted.

Sin embargo, si usted completa la sección 4 y:

- 1) Quiere que sus representantes para asuntos médicos sigan sus instrucciones, escriba sus iniciales en la primera declaración.

- 2) Quiere que sus representantes para asuntos médicos usen sus instrucciones de la sección 4 como guía para tomar decisiones sobre su atención, escriba sus iniciales en la segunda declaración.
- 3) Tiene voluntades que quiere que sus representantes para asuntos médicos respeten, puede escribir otras instrucciones en el espacio en blanco y sus iniciales en la última línea.

3. Instrucciones para mi representante para asuntos médicos (Instructions to my Health Care Representative)

Si quiere darle instrucciones a su representante para asuntos médicos sobre sus decisiones de atención médica, escriba sus iniciales en una de estas tres declaraciones: (If you wish to give instructions to your health care representative about your health care decisions, initial on of the following three statements:)

_____ En la medida en que corresponda, mi representante para asuntos médicos debe seguir mis instrucciones. (To the extent appropriate, my health care representative must follow my instructions.)

_____ Mis instrucciones son directrices que mi representante para asuntos médicos debe considerar al tomar decisiones sobre mi atención. (My instructions are guidelines for my health care representative to consider when making decisions about my care.)

_____ Otras instrucciones (Other instructions) _____

Cómo completar un documento de voluntades anticipadas

4. INSTRUCCIONES SOBRE MI ATENCIÓN PALIATIVA TERMINAL. En esta sección, puede expresar qué tipo de atención quiere recibir cuando ya no pueda comunicar sus decisiones y esté en una de estas condiciones:

- 1) **Cerca de la muerte.** Muchas personas quieren recibir alimentación por sonda o medidas de soporte vital si existe la posibilidad de que puedan recuperarse. Esto NO es lo que “cerca de la muerte” significa en este documento. En este documento, se le pregunta si quiere recibir alimentación por sonda o medidas de soporte vital para prolongar el proceso de la muerte.
- 2) **Inconsciente de manera permanente.** Si está inconsciente de manera permanente, usted no sabe dónde está ni con quién. En este documento, se le pregunta si quiere recibir alimentación por sonda o medidas de soporte vital para mantenerlo con vida en este estado.
- 3) **Enfermedad progresiva avanzada.** Se trata de una enfermedad terminal en sus últimas etapas. A veces, tener una enfermedad progresiva avanzada implica tener molestias físicas y una calidad de vida muy reducida. Recibir alimentación por sonda o medidas de soporte vital no cura la enfermedad, pero puede prolongar el tiempo que pase en este estado.
- 4) **Sufrimiento extraordinario.** Se trata de una situación en la que usted siente dolores o molestias intensas, y no hay nada que pueda aliviar su sufrimiento de manera significativa. Recibir alimentación por sonda o medidas de soporte vital puede prolongar su vida en esta condición, pero no aliviará su sufrimiento.

Nota: Estas instrucciones se implementarían si usted estuviera en alguna de estas condiciones. NO se aplican a su atención médica actual.

Consejo: Si no está seguro de qué son la alimentación por sonda y las medidas de soporte vital, ni de cuáles son las condiciones que se describen aquí, hable de esto con su proveedor de atención médica.

A. Declaración sobre mi atención paliativa terminal. Si no quiere recibir alimentación por sonda ni medidas de soporte vital en ninguna de las condiciones mencionadas arriba, escriba sus iniciales en el espacio provisto.

A. Declaración sobre mi atención paliativa terminal. Usted puede poner sus iniciales en la declaración de abajo si está de acuerdo con ella. Si pone sus iniciales en la declaración, puede incluir una o más condiciones en las que no quiere que implementen medidas de soporte vital, pero no tiene la obligación de hacerlo. **(Statement Regarding End of Life Care.** You may initial the statement below if you agree with it. If you initial the statement you may, but you do not have to, list one or more conditions for which you do not want to receive life support.)

_____ No quiero que prolonguen mi vida con medidas de soporte vital. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como medida de soporte vital. Quiero que mi proveedor de atención médica me permita morir de manera natural si este profesional y otros proveedores de atención médica expertos confirman que tengo alguna de las condiciones médicas que se mencionan abajo. (I do not want my life to be prolonged by life support. I also do not want tube feeding as life support. I want my health care provider to allow me to die naturally if my health care provider and another knowledgeable health care provider confirm I am in any of the medical conditions listed below.)

B. Otras instrucciones sobre mi atención paliativa terminal. Al escribir sus iniciales al lado de sus decisiones, usted puede elegir si quiere o no recibir alimentación por sonda o medidas de soporte vital en cualquiera de las condiciones mencionadas en la sección 4.

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE:)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda. (I want to receive tube feeding.)

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica. (I want tube feeding only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda. (I DO NOT WANT tube feeding.)

PONGA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN: (INITIAL ONE:)

_____ Quiero recibir las medidas de soporte vital correspondientes. (I want any other life support that may apply.)

_____ Quiero recibir medidas de soporte vital solo si así lo recomienda mi proveedor de atención médica. (I want life support only as my health care provider recommends.)

_____ NO QUIERO recibir medidas de soporte vital. (I DO NOT WANT life support.)

Consejo: “Mi proveedor de atención médica” (en la segunda opción) generalmente hace referencia a los proveedores de atención médica que trabajan en la unidad de cuidados intensivos o en el hospital donde lo internaron. No hace referencia al proveedor de atención médica que lo atiende habitualmente y que lo conoce bien. Es posible que los proveedores de atención médica del hospital no sepan cómo piensa usted o qué considera importante.

Cómo completar un documento de voluntades anticipadas

C. Otras instrucciones. Si usted tiene otras instrucciones sobre el tipo de atención que quiere recibir en una condición específica, escríbalas debajo de la sección C o adjunte a este documento una declaración escrita o grabada de sus valores y creencias.

Consejo: Es difícil predecir lo que puede suceder en el futuro. Es posible que los representantes para asuntos médicos deban tomar una decisión sobre la que usted nunca ha hablado. Usted puede estar en algún tipo de condición crítica que no sea una de las mencionadas arriba, lo que requiere que sus representantes tomen decisiones en su nombre. Abajo se mencionan ejemplos de declaraciones que otros pacientes han incluido para ayudar a sus representantes para asuntos médicos a tomar decisiones:

Ejemplos

- “Confío en que mi representante para asuntos médicos tomará las decisiones que considere convenientes para mí en ese momento, aunque no esté segura de lo que yo hubiera elegido”.
- “Quiero que mi representante para asuntos médicos haga lo que considere que yo haría, aunque le resulte un poco incómodo”.
- “Si tienes que decidir entre que yo esté más cómodo o más despierto, me gustaría estar más _____”.

5. MI FIRMA.

Para que este documento de voluntades anticipadas entre en vigor, debe poner aquí su firma y la fecha.

5. Mi firma (My Signature)

Mi firma (My signature) _____ Fecha (Date) _____

6. TESTIGOS.

Para que este documento de voluntades anticipadas entre en vigor, este formulario debe estar certificado por un notario público o firmado por dos testigos.

A. **NOTARIO:** Si elige certificar el formulario, llévelo a un notario público.

B. **DECLARACIÓN DE TESTIGOS:** Si decide usar testigos, pídale a dos personas que testifiquen que usted ha completado y firmado este documento de voluntades anticipadas. Ninguno de los testigos puede ser su representante para asuntos médicos ni su representante para asuntos médicos alternativo. El proveedor de atención médica a cargo tampoco puede ser su testigo.

Conozco personalmente a la persona que completa este formulario o me ha mostrado su documento de identidad, ha firmado o reconocido su firma en el documento ante mí, no parece estar bajo presión y parece comprender el propósito y las consecuencias de este formulario. Además, no soy el representante para asuntos médicos ni el representante alternativo para asuntos médicos de la persona, y tampoco soy el proveedor de atención médica a cargo de la persona. (The person completing this form is personally known to me or has provided proof of identity, has signed or acknowledged the person's signature on the document in my presence and appears to be not under duress and to understand the purpose and effect of this form. In addition, I am not the person's health care representative or alternative health care representative, and I am not the person's attending health care provider.)

Nombre del testigo (en letra de imprenta) (Witness Name (print)) _____

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

Consejo: Usted debe conocer personalmente a sus testigos o, de lo contrario, debe mostrarles su documento de identidad. Los testigos deben verlo firmar el documento de voluntades anticipadas.

Cómo completar un documento de voluntades anticipadas

7. ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE PARA ASUNTOS MÉDICOS. Las personas que usted seleccionó en la sección 2 deben comprender y aceptar la función de representante para asuntos médicos.

Hable con sus representantes para asuntos médicos sobre sus preferencias e instrucciones. Asegúrese de que sepan lo que usted considera importante. Pídales que firmen la sección 7.

¡Felicitaciones, ya tiene un plan!

¿Cuáles son los próximos pasos?

- ❑ Deles una copia del documento de voluntades anticipadas a todos los familiares que es probable que estén presentes si usted se enferma gravemente.
- ❑ Hable sobre su documento de voluntades anticipadas con todos los familiares que es probable que estén presentes si usted se enferma gravemente. Asegúrese de que sepan a quién ha nombrado para que tome sus decisiones de atención médica cuando usted no pueda hacerlo. Si no nombró a ningún representante para asuntos médicos en el documento de voluntades anticipadas, asegúrese de que su familia comprenda sus deseos sobre el tipo de atención que quiere si usted no pudiera tomar decisiones por su cuenta.
- ❑ A veces, es difícil hablar sobre lo que usted considera importante y sobre el tipo de atención que quiere. Para obtener información útil sobre cómo tener esta conversación con su familia, visite **theconversationproject.org**.
- ❑ Asegúrese de darles una copia del documento de voluntades anticipadas a sus proveedores de atención médica y de conversar sobre la atención que quiere recibir. Pídales a sus proveedores de atención médica que carguen el documento de voluntades anticipadas en su expediente médico electrónico.