

Voluntades anticipadas de la atención médica por anticipado





Introducción a la planificación de la atención médica por anticipado

En UCLA Health deseamos servirle de apoyo en sus decisiones sobre la atención médica. Nos esforzamos por prestar el mejor cuidado médico para alcanzar los objetivos de cada paciente en referencia a su salud. Es importante que usted, como paciente, disponga de toda la información sobre su salud y que tenga la oportunidad de expresar sus metas personales en cuanto a la atención médica. Cuando los miembros de su equipo de atención médica conocen lo que es importante para usted, podrán aplicar óptimamente sus conocimientos médicos para ayudarle a alcanzar esas metas.

La planificación de la atención médica por anticipado le permite colaborar con su equipo de atención médica para que entiendan sus perspectivas y que sean más informados conforme consideren sus tratamientos futuros y sus resultados. Los miembros de su equipo de la atención médica desean que piense en sus valores y preferencias para orientar la atención médica que usted reciba. Esta sirve como su oportunidad para pensar en sus futuros estados de salud que desea (por ejemplo, poder llevar a cabo ciertas actividades) y cuales situaciones desea evitar (por ejemplo, mantenerlo con vida artificialmente mientras esté en coma). Puede hablar sobre sus deseos con su equipo de atención médica y hacerlo constar por escrito en este documento. También puede designar a su agente de cuidado de la salud, alguien que usted desee que tome decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. La finalidad de este formulario de voluntades anticipadas es documentar esos deseos.

Utilice este formulario de voluntades anticipadas para ordenar que su futura atención médica se realice de la siguiente manera:

Páginas 2 a 4: Identifique y escriba sus valores y metas referentes al cuidado de la salud

Páginas 5 a 6: Nombre a una persona que pueda hablar por usted en caso de no poder hacerlo usted

Página 7: Considere la donación de órganos

Páginas 8 a 10: Firme el formulario ante testigos o ante un notario para que tenga validez legal

Después de haber completado sus voluntades anticipadas, hable de ellas con su equipo de atención médica. Ellos incluirán el documento en CareConnect, el registro electrónico de documentos médicos de UCLA.

Sus valores y metas

Su equipo de atención médica hará uso de tratamientos médicos para tratar de alcanzar sus metas. Cuando las personas están gravemente enfermas, muchas personas piensan en las metas de tratamiento en referencia a cómo están dispuestas a vivir.

No desearía tratamientos médicos para intentar mantenerme con vida si ya no pudiera:

(Marcar todos los enunciados con los que esté de acuerdo)

- vivir sin estar conectado permanentemente a un respirador (máquina para respirar)
- reconocer a mi familia y amigos
- hablar con mi familia y amigos
- alimentarme, bañarme o cuidarme yo mismo
- vivir sin dolores o molestias graves
- pensar con la suficiente claridad como para tomar decisiones de la vida cotidiana

Otro: _____

- No estoy seguro.
- Nada de lo anterior me corresponde. Deseo mantenerme con vida a toda costa, sin importar lo enfermo que esté.

Algunas veces, cuando una persona está muy enferma, se utilizan tratamientos de apoyo vital mientras el equipo de atención médica trata de ayudar a la persona a restablecerse. Estos tratamientos pueden incluir reanimación cardiopulmonar (RCP), una sonda de respiración o diálisis. Considerando los enunciados que eligió anteriormente, ¿desearía recibir tratamientos de apoyo vital?:

(Elegir uno)

- Nunca**, bajo ninguna circunstancia
- Solamente** si hay una **alta** probabilidad de sobrevivir para vivir de una manera aceptable para mí
- Si hay al menos una probabilidad **moderada** de sobrevivir para vivir de una manera aceptable para mí
- Incluso** si hay una probabilidad **baja** de sobrevivir para vivir de una manera aceptable para mí
- Desearía que mi agente de atención médica decidiera esto por mí, en caso necesario

Si desea más información acerca de los tratamientos de apoyo vital, pregunte a su médico.

Sus valores y metas (Continuación)

Si tiene deseos o ideas acerca de recibir o no recibir tratamientos de apoyo vital como RCP, una sonda de respiración, diálisis, sonda de alimentación u otros tratamientos, incluso transfusiones de sangre, escríbalos aquí. Estos deseos se utilizarán como instrucciones de atención médica para su agente de atención médica.

Escriba aquellas otras creencias o valores que desearía que su agente de atención médica supiera en caso de que usted no sea capaz de hablar por sí mismo.

Son importantes en su vida la religión y/o la espiritualidad? ¿Hay algo que desee que su equipo de atención médica sepa en relación con su religión o espiritualidad?

**Si estuviera gravemente enfermo o moribundo, desearía que lo vea un líder espiritual/ de religión?
¿Hay algún líder religioso/espiritual de la comunidad que desea que esté involucrado?**

(Proporcionar información de contacto)

Si estoy tan enfermo que no me recuperaré, preferiría morir, si fuera posible:

(Elegir una o más de las siguientes opciones)

- En casa, con cuidados paliativos
- En el hospital
- En un centro de enfermería especializada
- No estoy seguro; mi agente de atención médica puede decidir esto
- No me importa donde muera

Otras ideas sobre los cuidados paliativos:



Selección de su agente de atención médica

Un **agente de atención médica** es la persona que usted elige para tomar decisiones médicas por usted cuando usted ya no puede tomarlas por sí mismo. Ésta podría ser la persona que más se preocupa de usted, la persona más cercana a usted o la persona que usted piensa que se encargará de ver cumplidos sus deseos. En este documento de voluntades anticipadas nombrará a su agente de atención médica.

Debería hablar con la persona que seleccione como agente de atención médica por dos razones:

- asegurarse de que su agente de atención médica sepa que es su agente de cuidado de la salud
- asegurarse de que su agente de atención médica sepa cuáles son sus metas y valores de atención médica de modo que pueda tomar las decisiones que usted desea

La mayoría de las personas eligen a su cónyuge, un hijo o hermano como su agente de atención médica, aunque su agente de atención médica puede ser otro pariente o un amigo íntimo.

La función de un agente de atención médica

Su agente de cuidado de la salud podrá tomar prácticamente cualquier decisión médica que usted tomaría por sí mismo.

Su agente de atención médica podrá:

- hablar con su equipo de atención médica acerca de su problema médico y opciones de tratamiento
- elegir a los proveedores de cuidado de la salud y el lugar del tratamiento médico
- leer su expediente médico y autorizar su divulgación cuando sea necesario
- aceptar o rechazar tratamientos médicos, incluso la alimentación e hidratación artificiales, así como RCP
- decidir acerca de la donación de tejidos y órganos, así como la autopsia
- decidir acerca del cuidado de su cuerpo después de morir

Su agente de atención médica debería:

- poder ejercer legalmente como su agente (tener al menos 18 años de edad y no ser su proveedor de cuidado de la salud ni un empleado de su proveedor, a menos de que esta persona sea su cónyuge o un pariente cercano)
- estar disponible y dispuesto a tomar decisiones en nombre de usted
- sentirse cómodo al hacer preguntas a su equipo de atención médica y poder tomar las decisiones de atención médica que usted desearía



Nombramiento de su agente de cuidado de la salud

Si no puede tomar decisiones por sí mismo, sus valores y preferencias serán los que orienten su tratamiento. Si se necesitan otras decisiones, su agente de cuidado de la salud tomará decisiones de cuidado de la salud por usted.

Mi agente de cuidado de la salud tomará decisiones por mí solamente después de que yo no pueda tomar mis propias decisiones.

Si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, deseo que lo haga la siguiente persona:

Nombre _____ Apellido _____

Relación o parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ Correo electrónico _____

Teléfono (trabajo) _____ Teléfono (móvil) _____

Si la persona indicada anteriormente no puede tomar decisiones por mí, deseo entonces que la siguiente persona tome mis decisiones médicas:

Nombre _____ Apellido _____

Relación o parentesco _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ Correo electrónico _____

Teléfono (trabajo) _____ Teléfono (móvil) _____

¿Ha hablado de sus preferencias sobre atención médica con su agente de atención médica?

Sí

No → Es importante que hable con su agente de cuidado de la salud.

Donación de órganos y tejidos

El donar sus órganos y tejidos cuando muere puede salvar la vida de otras personas. Indique a continuación si desea o no donar sus órganos.

Deseo que mis órganos se donen cuando muera. ¿Qué órganos desea donar?

cualquier órgano

solamente (especificar): _____

No deseo donar mis órganos.

Desearía que decidiera mi agente de atención médica.

Para informarse más a fondo acerca de qué órganos o tejidos pueden donarse, o para registrarse como donante de órganos con el estado de California, visite donatelifecalifornia.org.

Donación del cuerpo

Donar su cuerpo a UCLA para educación e investigación médica ayudará a formar la próxima generación de médicos y promoverá la investigación anatómica. Indique a continuación si desea o no que se done su cuerpo.

Deseo que se done mi cuerpo cuando muera. → Si desea donar su cuerpo, hay que tomar medidas preparatorias. Para informarse más a fondo y recibir un paquete para donantes, visite donatedbodyprogram.ucla.edu o llame al (310) 794-0372.

¿Hay algo que desearía que los profesionales sanitarios supieran acerca de cómo quiere que se cuide de su cuerpo después de que muera?

Firma del formulario

Este formulario no lo pueden usar sus profesionales sanitarios para respetar sus deseos hasta que usted lo firme y:

haga que dos testigos firmen el formulario

o

haga que lo certifique un notary public autorizado en el estado

Firme con su nombre y escriba la fecha en presencia de dos testigos o un notario.

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección/calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____



Dos testigos firman el formulario

Si tiene dos testigos, haga que firmen a continuación. De lo contrario, lleve este formulario a un notary public.

Sus testigos deben

- tener más de 18 años de edad
- conocerlo a usted
- verle firmar este formulario

Sus testigos no pueden

- ser su agente de atención médica
- ser su profesional sanitario
- trabajar para su profesional sanitario
- trabajar en la residencia de ancianos en la que vive usted (en caso de vivir en tal residencia)

Además, uno de los testigos no puede:

- tener ningún tipo de parentesco con usted
- beneficiarse económicamente (obtener dinero o propiedad) después de que usted muera

Haga que sus testigos firmen con sus nombres y escriban la fecha.

Con mi firma, confirmo que _____ firmó este formulario en mi presencia.

La persona estaba en su sano juicio y no fue obligada a firmar este formulario.

También confirmo que lo siguiente es cierto:

- Conozco a esta persona o esta persona puede probar quién es
- Soy mayor de edad.
- No soy su agente de atención médica
- No soy su profesional sanitario ni trabajo para el mismo.
- No trabajo donde vive la persona (si vive en una residencia de ancianos)

Testigo 1

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección/calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Testigo 2

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____

Dirección/calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

El testigo 1 o 2 tiene que firmar también la declaración que figura a continuación:

También confirmo que lo siguiente es cierto:

Firma: _____

- No tengo ningún parentesco con la persona que firmó este formulario de sangre, matrimonio ni adopción
- No me beneficiaré económicamente (recibir dinero o propiedad) después de que la persona muera

Este documento de voluntades anticipadas está ahora terminado. Compártalo con su equipo atención médica, agente atención médica y familia. Este documento debe incluirse en CareConnect, el registro electrónico de documentos médicos de UCLA. Usted tiene el derecho de revocar o cambiar estas voluntades anticipadas en cualquier momento.

Notary Public

Si dos testigos no han firmado este formulario, llévelo a un notary public.

Traiga consigo identificación fotográfica emitida por el gobierno (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

PODRÁ UTILIZAR ESTE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO ANTE UN NOTARY PUBLIC EN LUGAR DE UNA DECLARACIÓN DE TESTIGOS.

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California, County of _____

On (date) _____ before me, (name and title of the officer) _____ personally appeared [name(s) of signer(s)] _____, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/ her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal. [Civil Code Section 1189]

Signature: _____

**(Notary Public)*

(Please place Notary seal above)

Este documento de voluntades anticipadas está ahora terminado. Compártalo con su equipo de atención médica, agente de atención médica y familia. Este documento debe incluirse en CareConnect, el registro electrónico de documentos médicos de UCLA. Usted tiene el derecho de revocar o cambiar estas voluntades anticipadas en cualquier momento.



© 2016 THE REGENTS OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA. El documento de Voluntades Anticipadas de UCLA fue creado por la sección de Servicios y Planificación Anticipada de atención médica de UCLA en consulta con la Coalición de California para el Cuidado Compasivo, y está basado en varios documentos de voluntades anticipadas, incluido el documento de Voluntades Anticipadas para el atención médica de California. El presente documento cuenta con una licencia de atribución 4.0 internacional no comercial de Creative Commons. Para el uso comercial de este documento, llame a la sección de Servicios y Planificación Anticipada de atención médica de UCLA al (310) 794-6219.