

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 provistos en este paquete se le presentan a usted de acuerdo con el Federal Patient Self-determination Act (Acta Federal de Autodeterminación del Paciente), el Health Care Advance Directives Statute of Florida (Estatuto de Directivas por adelantado para el cuidado de la salud) y como un servicio público del Lee Memorial Health System (Sistema de Salud de Lee Memorial).

**LEE MEMORIAL
HEALTH SYSTEM**

Revisado noviembre del 2009

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.

¿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 DESIGNE 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.

Nosotros, en el Lee Memorial Health System, esperamos que este panfleto haya ayudado a contestar preguntas acerca de los testamentos en vida y las directivas por adelantado. Sin embargo, si usted tiene más preguntas y quisiera más ayuda, por favor, siéntase libre de llamarnos a:

334-5940—Trabajo Social Médico, Departamento de Administración de Cuidado

432-3199—Servicios Espirituales Departamento

772-6765—Servicios al adulto envejeciente

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

Designación de un Subrogado para el Cuidado de la Salud

Nombre _____

En la eventualidad que se determine que yo estoy incapacitado para proveer un consentimiento informado para tratamiento médico y procedimientos diagnósticos quirúrgicos, yo deseo designar a la persona mencionada a continuación como mi subrogado para tomar decisiones respecto al cuidado de la salud:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Si mi subrogado no desea o no puede desempeñar sus deberes, yo deseo designar a la siguiente persona como mi subrogado alterno:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Yo entiendo completamente que esta designación le permitirá a mi designado tomar decisiones respecto al cuidado de la salud, excepto las relacionadas con regalos anatómicos, a menos que yo haya ejecutado una declaración para regalos anatómicos de acuerdo con la ley, y que provea, retenga o retire el consentimiento de mi parte; para solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado de la salud y autorizar mi admisión a o transferencia desde una facilidad de cuidado médico.

Instrucciones adicionales (opcional)

Además, yo afirmo que esta designación no se hace como una condición de tratamiento o admisión a una facilidad para el cuidado de la salud. Yo notificaré y le enviaré una copia de este documento a las siguientes personas que no son mi subrogado, para que ellas puedan saber quién es mi subrogado:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Firmado _____ **Fecha** _____

Testigo #1 _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono _____

Testigo #2 _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono _____

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 el médico que me atiende o trata y otro médico de consulta 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 _____