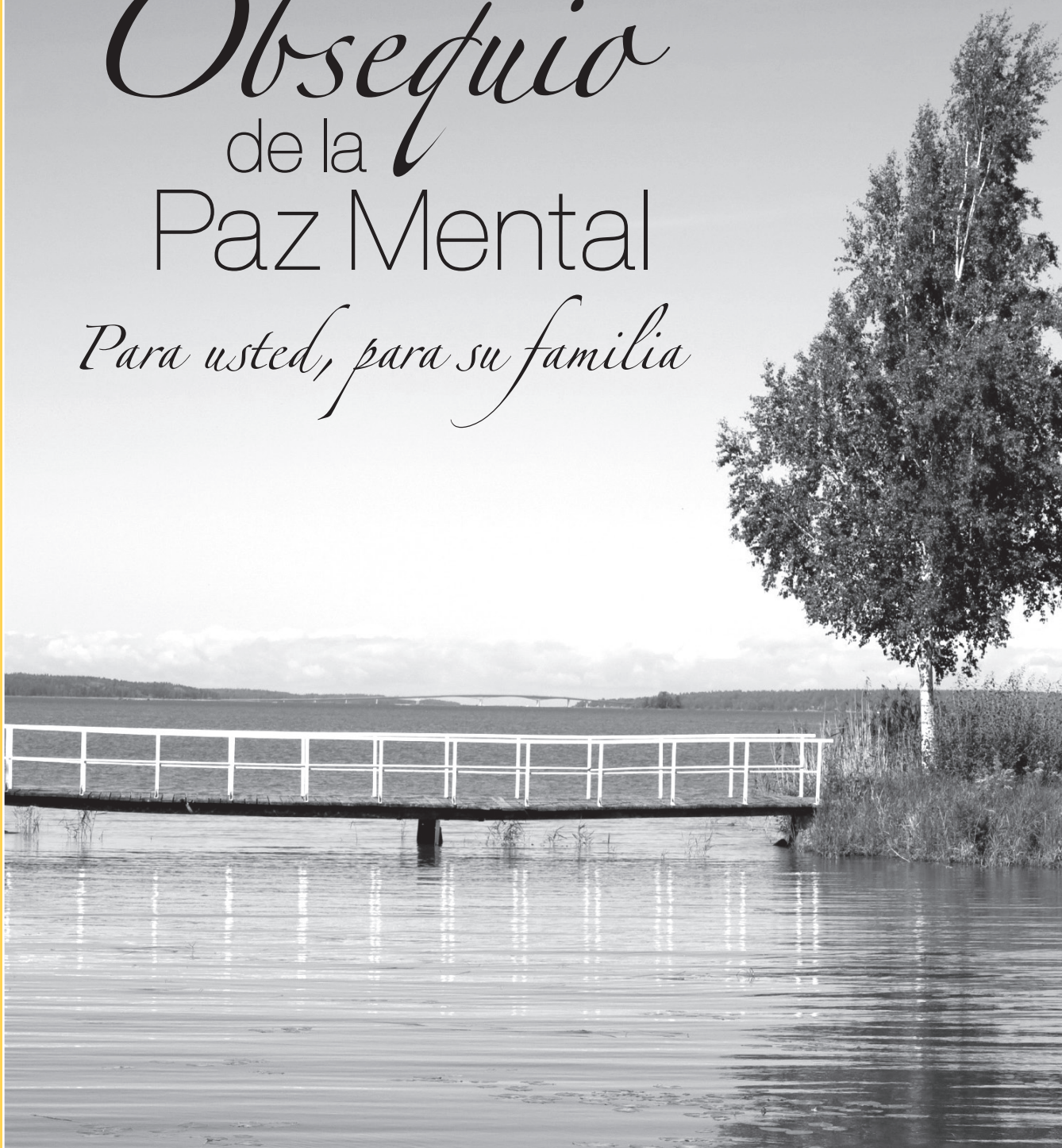


El  
*Obsequio*  
de la  
Paz Mental  
*Para usted, para su familia*



Una Guía para Preparar Paso a Paso los Documentos de las Directrices Anticipadas

Se concede el permiso para duplicar esta publicación para propósitos educativos y uso personal.

Esta publicación también está disponible en Braille, en letra grande o versión grabada para las personas con dificultades visuales. Llame o escriba a Iowa Department for the Blind, 524 4th St., Des Moines, Iowa 50309, 515-281-1333



El  
*Obsequio*  
de la  
Paz Mental  
*Para usted, para su familia*

Preparada por:

**MARIAN A. BRENTON. M.PA., R.N.**

Coordinadora del proyecto

Y

**LON N. LARSON, PH.D.**

Director del proyecto

**DRAKE CENTER FOR HEALTH ISSUES**

Drake University

Des Moines, Iowa 50311

Publicado en Des Moines, Iowa  
por el Drake Center for Health Issues  
Revisado y actualizado, Mayo 2011  
Traducido abril 2012

## COMITÉ CONSULTIVO

Los siguientes individuos fueron partes del comité consultivo de este proyecto. Sus esfuerzos, conocimientos y experiencia contribuyeron a la profundidad y exactitud de ésta publicación, por lo cual el Centro les está muy agradecido:

**CAROLYN S. ADAMS, M.P.A.,**

Iowa Department of Public Health

**DOUGLAS W. BRENTON, M.D.,**

Iowa Medical Society

**DEANNA CLINGAN-FISCHER, J.D.,**

Iowa Department of Aging  
y el Iowa State Bar Association

**REVEREND RANDY EHRHARDT,**

West Des Moines Christian Church

**KATHRYN FREILINGER,**

UnityPoint Health – Des Moines

**KAREN HANSON, M.A.,**

Iowa Hospital Association

**LISA LACHER, M.A.,**

Drake University Department of Marketing and  
Communications

**MAUREEN MCGUIRE, J.D.,**

Office of the Attorney General

**TOM WESTBROOK, PH.D.,**

Drake University Adult Student Resource Center

## REFERENCIAS

### **Referencias primarias:**

Emmanuel LL, Emanuel EJ. “The Medical Directive: A New Comprehensive Advance Care Document,” *Journal of the American Medical Association*, 9 de Junio, 1989; 261:3290. Propiedad literaria 1990. No refleja la política oficial de la Asociación Médica Americana.

Permiso de reimpresión de los Doctores Linda L. Y Ezequiel J. Emanuel.

“Taking Steps to Plan for Critical Health Care Decisions,” Vermont Ethics Network.

### **Otras referencias:**

Gillick MR, Hess K. Mazzapica N., Medical Technology at the End of Life: What Would Physicians and Nurses Want for Themselves? *Archives of Internal Medicine*, 1993; 153:2542-2547.

“Health Care Powers of Attorney,” Commission on Legal Problems of the Elderly, American Bar Association.

“Planning for Incapacity: A Self-Help Guide,” Legal Counsel for the Elderly, patrocinado por la Asociación de Personas Retiradas.

## SUBVENCIÓN DE APOYO

Este proyecto fue financiado por una subvención del Estado de Iowa y administrado por el Departamento de Salud Pública. Los costos iniciales de imprenta fueron financiados por UnityPoint Health – Des Moines.

## COMO USAR ESTE FOLLETO

El propósito de este folleto es educar al público respecto a las directrices anticipadas. Al hacerlo, esperamos incrementar el uso de las directrices anticipadas, además de la calidad y exactitud de estos documentos. Una serie de pasos guía al lector a llenar de manera informada los documentos de las directrices anticipadas.

Este folleto se puede usar de varias formas.

### *Por ejemplo:*

- Un individuo, la pareja o un miembro de la familia pueden usarlo cuando planean para el futuro.
- Un educador de salud o director de recursos humanos lo puede usar para programas de educación de grupos grandes.
- Un médico, enfermera o empleado de una institución para el cuidado de la salud lo puede usar para hablar con los pacientes o clientes acerca de las decisiones futuras de salud.

**Usted puede sacar tantas copias como necesite de este folleto, tanto de los formularios e instrucciones de las directrices anticipadas, como de la encuesta de valores.**

Los formularios de testamento en vida y poder notarial duradero para el cuidado de la salud incluidos en este folleto están hechos para que los individuos los dupliquen y los usen. Las copias duplicadas son documentos legales si son atestiguadas o notariadas debidamente. La encuesta de valores y la hoja de trabajo de situaciones médicas, no son documentos legales en sí mismos, sino que la intención es que se usen como guía en la toma de decisiones. Para copias adicionales de esta publicación, llame o escriba a:

Iowa Department on Aging  
510 E. 12th Street, Suite 2  
Des Moines, Iowa 50319  
515-725-3333

Usted también puede encontrar una copia en el internet visitando:  
[www.aging.iowa.gov](http://www.aging.iowa.gov)

Se ha hecho un esfuerzo en contestar tantas preguntas como pudimos prever sobre el tema de las directrices anticipadas. Si le quedan preguntas, le pedimos que las discuta con su proveedor del cuidado de la salud o su abogado.

## INTRODUCCIÓN

Este folleto educacional se produjo en el Drake University Center for Health Issues, una organización multi-disciplinaria dedicada a la educación pública sobre asuntos económicos y éticos del cuidado de la salud. Se trata de tomar decisiones anticipadas del cuidado de la salud y crear paz mental para usted y su familia respecto a estas decisiones.

Si usted de pronto se enfermara tanto que no fuera capaz por sí mismo de tomar decisiones en cuanto a su tratamiento médico, la carga de la decisión caería sobre su familia y seres queridos. Es por ellos por lo cual usted lee este folleto y completa los documentos adjuntos de las directrices anticipadas.

La tecnología médica puede extender la vida, pero la calidad de vida varía para cada persona. Las decisiones respecto a que es tolerable en la vida y en el proceso de muerte, son personales y se deben tomar individualmente antes de perder la oportunidad.

Las directrices anticipadas, como el testamento en vida y el poder notarial duradero para el cuidado de la salud han surgido por un deseo de mantener un control individual sobre nuestra vida. Estos documentos funcionan al ampliar el derecho de auto-determinación hacia el futuro. Al documentar nuestras decisiones ahora (siendo personas competentes), podemos influenciar las decisiones del cuidado de la salud que se tomen por nosotros en el futuro.

*El obsequio de la paz mental: para usted, para su familia,* está diseñado para el uso de los proveedores de salud cuando hablan con los pacientes acerca de las directrices anticipadas, además para personas laicas que desean completar individualmente o en grupo estas directrices anticipadas. Es una guía detallada de los pasos necesarios para llenar los documentos de las directrices anticipadas. Le motivamos a duplicarla para su uso.

Este folleto es sólo para uso informativo y está sujeto a revisión si las leyes cambian.

# ÍNDICE

<b>PASO I: ENTENDIENDO LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS</b> . . . . .	1-3
¿Qué son directrices anticipadas? . . . . .	1
¿Se pueden tomar por mi decisiones del cuidado de mi salud sin las directrices anticipadas? . . . . .	1
¿Quién puede legalmente completar una directriz anticipada? . . . . .	1
¿Cuáles documentos de las directrices anticipadas son legales y disponibles en Iowa? . . . . .	1-2
¿Necesito completar los dos documentos? . . . . .	2
¿Dónde puedo conseguir un formulario para testamento en vida/poder notarial duradero para el cuidado de la salud? . . . . .	2
¿Cómo puedo completar las directrices anticipadas? . . . . .	2
¿Qué debo hacer con las directrices anticipadas completas? . . . . .	2
¿Qué pasa si cambio de opinión? . . . . .	2
¿Qué pasa si un médico no está dispuesto a cumplir con mi testamento en vida o las decisiones de mi agente? . . . . .	2-3
¿Si me cambio a otro estado, serán mis directrices anticipadas válidas?	
¿Si sufro un accidente, cómo sabrá la policía y el personal de la ambulancia respecto a mis directrices anticipadas? . . . . .	3
¿Pueden requerir que firme estos documentos como condición para admisión en una institución del cuidado de la salud? . . . . .	3
¿Necesito un abogado para completar un documento de directriz anticipada? . . . . .	3
¿Quién debería ser mi agente? . . . . .	3
¿Qué pasa si no tengo a nadie que pueda ser mi agente? . . . . .	3

<b>PASO II: ENTENDIENDO LOS TÉRMINOS LEGALES Y MÉDICOS</b> . . . . .	4-5
--	-----

<b>PASO III: ENCUESTA DE VALORES</b> . . . . .	6
--	---

¿Qué es lo que valora más de su vida? . . . . .	6
¿Qué tipos de condiciones mentales o físicas le harían pensar que los tratamientos para prolongar la vida ya no deberían de usarse? . . . . .	6
¿Cómo afectarían sus relaciones personales y responsabilidades sus propias decisiones médicas? . . . . .	6
¿Cómo se siente acerca de la muerte y el morir? . . . . .	6

<b>PASO IV: HOJAS DE TRABAJO DE SITUACIONES MÉDICAS</b> . . . . .	7-10
---	------

<b>PASO V: COMPLETANDO LOS DOCUMENTOS</b> . . . . .	11-17
---	-------

Lista de verificación para completar el formulario del testamento en vida/poder notarial duradero del cuidado de salud . . . . .	11
Instrucciones para completar el testamento en vida/poder notarial duradero del cuidado de salud . . . . .	12-13
Formulario para el testamento en vida/poder notarial duradero del cuidado de salud . . . . .	15-17

<b>PASO VI: INFORMACIÓN ADICIONAL</b> . . . . .	19
---	----

Preguntas que un agente puede hacerles al equipo médico . . . . .	19
Notas . . . . .	20
Tarjeta para la billetera . . . . .	21

# PASO I: ENTENDIENDO LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS

## ¿Qué son las directrices anticipadas?

Las directrices anticipadas son documentos que le ayudan a tomar decisiones ahora respecto a su cuidado médico en el futuro. Ofrecen una guía para su familia y los médicos cuando usted no puede hablar por sí mismo, y ayudan a asegurar que sus valores y deseos importantes se lleven a cabo. Hay dos documentos de las directrices anticipadas que son reconocidos legalmente en Iowa. Se explican abajo.

## ¿Se pueden tomar decisiones del cuidado de mi salud por mí sin las directrices anticipadas?

Sí. Si usted no ha completado una directriz anticipada y es incapaz de tomar decisiones, los miembros de su familia, después de hablar con sus médicos sobre su condición, tomarán decisiones por usted sobre el cuidado de su salud. Sin embargo, lo mejor es que estas personas comprendan sus deseos y valores. El completar las directrices anticipadas va a darle una mayor certeza de que sus deseos se llevarán a cabo. También puede darle a los miembros de su familia paz mental al saber que están haciendo lo que usted preferiría.

## ¿Quién puede legalmente completar una directriz anticipada?

Cualquier adulto competente (mayor de 18 años) puede completar una directriz anticipada. Un adulto competente es alguien que tenga la capacidad de entender la naturaleza y posibles resultados de su condición médica y poder tomar decisiones independientes respecto al tratamiento.

## ¿Cuáles documentos de las directrices anticipadas son legales y disponibles en Iowa?

La ley de Iowa proporciona dos tipos de directrices anticipadas--- Un poder notarial duradero para el cuidado de la salud y un testamento en vida. Sin embargo, estos documentos **pueden** ser combinados en un solo formulario, que se encuentran en las páginas 15-17 de este libro.

### **PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

El poder notarial duradero para el cuidado de la salud es un documento legal que le permite escoger a alguien como su agente (alguien que actúa por usted) para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud cuando usted no puede debido a estar inconsciente o a la pérdida de habilidad para pensar y razonar. Se le requiere a este agente tomar decisiones de acuerdo con las directrices que usted le proporcionó por escrito o verbalmente. Si sus deseos no son claramente entendidos y definidos, entonces su agente tomará decisiones basadas en lo que él o ella crea que son en su propio bien. Se otorga a su agente el derecho de examinar sus expedientes médicos. Se debe llenar y atestiguar un poder notarial duradero para el cuidado de la salud mientras usted todavía sea

capaz de tomar decisiones por sí mismo. Cualquier incapacidad que usted sufra más tarde en su vida estará cubierta por el poder notarial duradero para el cuidado de la salud.

El poder notarial duradero para el cuidado de la salud entra en juego cuando su médico determina que usted es incapaz de tomar decisiones sobre su salud por usted mismo, aún cuando la situación sea temporal, como después de un accidente automovilístico o una enfermedad severa y repentina. A diferencia de un testamento en vida, el cual es el segundo tipo de directriz anticipada que se discute abajo, el poder notarial duradero para el cuidado de la salud no está restringido solo para pacientes con inconsciencia permanente, con una condición que los lleve a su muerte (frecuentemente una condición llamada terminal o fatal) o a decisiones sobre procedimientos que demoran el proceso de la muerte (procedimientos para sostener la vida).

### **Las siguientes son tareas que se deben hacer para llenar el poder notarial duradero para el cuidado de la salud:**

- **Escoger un agente** (alguien que actúa por usted) para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud cuando, según la opinión de su médico, usted es incapaz de tomar decisiones acerca del cuidado de su salud debido a la pérdida de conciencia o pérdida de la habilidad para pensar y razonar. Siempre y cuando usted sea capaz de tomar sus propias decisiones, usted, no su agente, tiene la autoridad de tomar decisiones para su tratamiento. Típicamente se escoge a un hijo adulto, un cónyuge, o un amigo como agente del cuidado de la salud.
- **Tomar decisiones respecto a tratamientos específicos del cuidado de la salud que en ciertas situaciones usted si quiere o no quiere.**
- **Tener el documento atestiguado o notariado.**
- **Distribuir el poder notarial duradero para el cuidado de la salud a las personas pertinentes.**

### **EL TESTAMENTO EN VIDA, (conocido en Iowa como "The Declaration Relating to Use of Life-Sustaining Procedures" -Declaración relacionada al uso de procedimientos de soporte vital).**

Un testamento en vida es un documento que dirige a su médico a retirar ciertos tratamientos (procedimientos que mantienen la vida) que podrían prolongar el proceso de muerte. Esta directriz anticipada llega a ser efectiva solamente en el momento que en la opinión escrita de su médico (confirmado por otro médico), se cree que usted está cerca de la muerte y usted es incapaz de tomar decisiones por sí mismo (ya sea por estar inconsciente o

incapaz de pensar y razonar) o se determina que usted está permanentemente inconsciente (en un estado de coma irreversible, estado persistente vegetativo).

#### ¿Necesito completar los dos documentos?

Es su decisión. El formulario combinado en este libro incluye ambos. Si usted desea **solamente** completar el testamento en vida o el poder notarial duradero para el cuidado de la salud, consulte con su abogado.

El testamento en vida y el poder notarial duradero para el cuidado de la salud son documentos legales que cuando se consideran juntos, muestran una imagen muy clara de sus deseos. A través de un poder notarial duradero para el cuidado de la salud, su agente puede tomar todas las decisiones por usted en cuanto al cuidado de su salud incluso aquellas que están cubiertas por el testamento en vida. Sin embargo, si usted sabe que no desea que su muerte sea prolongada por medio de máquinas, drogas o tratamientos, puede querer además firmar un testamento en vida, ya que éste provee información a su médico si usted no tiene un agente o un poder notarial duradero para el cuidado de la salud o su agente no está disponible.

#### ¿Dónde puedo conseguir el formulario del testamento en vida/poder notarial duradero para el cuidado de la salud?

Se pueden encontrar formularios y direcciones en las páginas 11-17. Usted puede hacer copias de los formularios para usted o sus familiares y amigos. Para obtener copias adicionales de este folleto, por favor llame o escriba a:

Iowa Department on Aging  
510 E. 12th Street, Suite 2  
Des Moines, Iowa 50319  
515-725-3333

Usted también puede encontrar una copia en el internet al visitar: [www.aging.iowa.gov](http://www.aging.iowa.gov)

#### ¿Cómo completo las directrices anticipadas?

Mientras lee este folleto, usted encontrará instrucciones muy detalladas respecto a como llenar los documentos. Después de llenarlos, su firma tiene que ser atestiguada o notariada o ser legalmente reconocida.

Los requisitos legales para atestiguar tanto el testamento en vida como el poder notarial duradero para el cuidado de la salud son los mismos. Cada formulario debe ser firmado y fechado y luego, dos personas mayores de 18 años deben verificar su firma y firmar en las líneas marcadas para los testigos, **o** el formulario debe de ser notariado. Por lo menos uno de los testigos **no debe** ser pariente suyo de sangre, matrimonio, o adopción. Si usa un notario, los testigos

no son necesarios. Las siguientes personas **no pueden** actuar legalmente como testigos para usted:

- Alguien que en el formulario del poder notarial duradero para el cuidado de la salud fue asignado como su agente.
- Alguien que lo está tratando como paciente, como su médico o enfermera.
- Un empleado de alguien que lo trata (incluyendo cualquier empleado de su médico, del hospital, asilo de ancianos u hospicio donde usted puede obtener tratamiento médico), a menos que el empleado también sea su pariente.

#### ¿Qué debo hacer con las directrices anticipadas ya completas?

Se deben hacer copias y entregárselas a sus familiares, a su agente para el cuidado de la salud, a su médico familiar y, si es adecuado para usted, a su pastor, sacerdote o rabino. También es importante recordar que debe llevar una copia al hospital cada vez que sea admitido, para asegurarse que el personal del hospital está enterado.

Es importante comunicarle a sus seres queridos y médicos sobre la existencia de sus directrices anticipadas concluidas y sobre la información que contienen. Esto hará que su familia, agente y médicos estén más seguros en cuanto a sus deseos y más cómodos para tomar decisiones por usted.

Su médico o enfermera pueden ser una fuente muy valiosa de información cuando usted tiene preguntas acerca de ciertos tratamientos médicos. Pueden ayudarle a entender los tipos de escenarios que pueden surgir y cuales pueden ser sus opciones de tratamiento en tales casos. Haga una cita para hablar con él o ella acerca de estas inquietudes.

#### ¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede cambiar o cancelar estos documentos en cualquier momento sin importar su condición física o mental. Si se hacen los cambios por escrito, usted debe poner sus iniciales y la fecha junto a cada cambio, y en la parte de abajo del formulario firmarlo y fecharlo otra vez. Se deben hacer copias de las directrices anticipadas modificadas, y distribuir las como lo hizo antes. Si usted desea cancelar el formulario, usted debe informárselo a su médico. También es una buena idea destruir el documento. La ley de Iowa no le requiere cancelar ninguno de estos documentos por escrito. Se puede hacer verbalmente.

Las situaciones y los valores cambian mientras usted envejece y es importante reevaluar sus directrices anticipadas cada año para asegurarse que estén correctas.

#### ¿Qué pasa si un médico no está dispuesto a efectuar mi testamento en vida o las decisiones de mi agente?

Si en el futuro, un médico o administrador de un hospital o una instalación para el cuidado de la salud no está dispuesto a cumplir sus deseos según han sido indicados



en los documentos de sus directrices anticipadas, o expresados por su agente, entonces el médico o administrador debe hacer todo lo posible para arreglar el transferirle a otro médico o instalación que sí esté dispuesto a hacerlo.

**¿Si me cambio a otro estado, serán válidas mis directrices anticipadas?**

Éstas deben ser aceptadas en cualquier estado ya que son evidencia de sus deseos no importa donde esté. Sin embargo, los requisitos legales para los documentos de las directrices anticipadas varían de estado a estado. Si usted quiere estar absolutamente seguro, cuando se cambie a otro estado es una buena idea completar nuevos documentos que cumplan con todos los requisitos de ese estado. Es lo mismo también si usted vive en otro estado por una porción del año.

**¿Si tengo un accidente, cómo sabrá la policía y el personal de la ambulancia de mis directrices anticipadas?**

Si acaso usted está involucrado en un accidente automovilístico en Iowa, o en otro estado, usted debe cargar una tarjeta para la billetera que indica que usted ha firmado una directriz anticipada en Iowa y como comunicarse con su agente. Esto no garantiza que se llevarán a cabo sus deseos, pero ayudará a informar a los demás de ellos. Se incluye en la parte interior de la portada posterior de este folleto una tarjeta para la billetera.

**¿Me pueden requerir que firme estos documentos como condición de admisión a una instalación de cuidado de la salud?**

No. Ningún hospital o asilo de ancianos puede rehusar admitirle simplemente porque usted no ha firmado un testamento en vida o un poder notarial duradero para el cuidado de la salud. Si alguna instalación para el cuidado de la salud intenta forzarle a firmar una directriz anticipada, debe comunicarse con:

Iowa Department of Inspections and Appeals  
Lucas State Office Building  
321 East 12th Street  
Des Moines, Iowa 50319-0083  
515-281-7102  
email: [webmaster@dia.iowa.gov](mailto:webmaster@dia.iowa.gov)

A tales instalaciones, sin embargo, se les requiere por ley preguntar si tiene una directriz anticipada y ofrecerle información al respecto.

**¿Necesito un abogado para completar las directrices anticipadas?**

No. No es necesario tener un abogado para completar legalmente estos documentos. Sin embargo, es importante completarlos correctamente y el tener a un abogado involucrado puede darle paz mental. Es posible que quiera consultar a su abogado acerca de cualquier pregunta o preocupación sobre el efecto de estos documentos.

**¿Quién debe ser mi agente?**

La elección de su agente (conocido legalmente como el “apoderado”) es una de las partes más importantes al completar un poder notarial duradero para el cuidado de la salud. Su agente tendrá control directo sobre su salud si usted se vuelve incapaz de tomar decisiones sobre su cuidado médico.

Por lo tanto, es necesario que su agente sea alguien en quien confía, y alguien que sea capaz de entender las responsabilidades que conlleva ser un agente para el cuidado de la salud. Muchas personas escogen al cónyuge o a un hijo adulto, pero el agente no tiene que ser parte de su familia. Algunas personas escogen a un amigo, líder espiritual o a su abogado personal. Es importante pasar tiempo con la persona que usted asigne para asegurarse que entiende detalladamente sus valores y deseos específicos sobre tratamiento médico. La encuesta de valores y la hoja de trabajo para situaciones médicas que se incluyen en este folleto pueden ser herramientas muy valiosas al hablar de estos asuntos.

**En Iowa, las siguientes personas no se pueden asignar como agente:**

- Alguien que lo trata como paciente, ya sea su médico o enfermera.
- Un empleado de alguien que lo trata (incluyendo cualquier empleado de su médico, o el hospital, asilo de ancianos, o hospicio donde usted puede obtener tratamiento médico), a menos que el empleado también sea su pariente.

**¿Y qué si no tengo a nadie que sea mi agente?**

Puede que no pueda conseguir un agente. Si no tiene agente no puede ejecutar un poder notarial duradero para el cuidado de la salud. En ese caso, usted debe hacer lo siguiente:

- Complete solamente un testamento en vida, consulte a su abogado.
- Repase la encuesta de valores y complete la hoja de trabajo para situaciones médicas.
- Asegúrese de hablar con su médico y darle una copia del testamento en vida. Dele copias a los miembros de su familia. Además, tenga con usted copias de todos estos documentos cada vez que sea admitido al hospital.

## PASO II ENTENDIENDO TÉRMINOS LEGALES Y MÉDICOS

El siguiente glosario de términos médicos y legales, aunque es preciso, es de naturaleza explicativo y no debe considerarse como definiciones legales. Para más información, comuníquese con su médico o abogado.

### Directriz anticipada –

Término general para documentos legales (como el testamento en vida o el poder notarial duradero para el cuidado de la salud) que declaran los deseos de tratamientos médicos de una persona por si acaso él o ella es incapaz de tomar sus propias decisiones.

### Agente –

Alguien que actúa por usted, es lo mismo que “apoderado.”

### Antibióticos –

Drogas administradas para combatir la infección. Los tipos más comunes de infecciones que amenazan la vida en pacientes críticamente enfermos incluyen neumonía e infecciones del tracto urinario (riñón o vejiga.)

### Provisión artificial de nutrición y fluidos (“alimentación por tubo”) –

Se usa ya sea temporalmente o permanentemente para alimentar a los pacientes cuando tienen dificultad al tragar. Hay tres formas de alimentar a pacientes artificialmente:

- Un tubo insertado por la nariz hasta el estómago (tubo nasogástrico)
- Un tubo insertado con cirugía por la pared del estómago (tubo de gastrostomía)
- Tubos colocados en las venas de los brazos o el pecho (tubos intravenosos o IV, por sus siglas en inglés)

**La ley de Iowa permite a las personas a rehusar la alimentación por tubo, así como pueden rehusar otros tratamientos médicos.**

### REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP/CPR, por sus siglas en inglés)

El procedimiento que se usa cuando a alguien el corazón y/o la respiración se le detiene y es resucitado con las siguientes acciones:

- Presionar el pecho para oprimir el corazón de manera que la sangre empiece a circular de nuevo
- Respiración mecánica (u otra respiración artificial con boquilla o tubo y bolsa) para empujar aire a los pulmones
- Choque eléctrico en el pecho para que empiece a latir el corazón de nuevo (desfibrilación)
- Medicamentos administrados por una vena o directamente al corazón

**Los mejores resultados de RCP suceden en una persona generalmente saludable cuyo corazón se para repentinamente. Si se empieza a administrar RCP pronto, puede salvarle la vida a una persona y prevenir los daños a tejidos y órganos. Por otro lado, el daño permanente al cerebro es común si han pasado más de 4 minutos aproximadamente antes de comenzar RCP.**

### Coma –

Una condición como de sueño (ojos cerrados) como resultado de daño cerebral debido a un accidente o enfermedad. El estar en coma puede ser temporal (ya sea con recuperación completa o parcial) o permanente.

### Cuidados paliativos –

Es el cuidado que se le da a alguien para mantenerlo lo más cómodo posible, incluyendo medicamento para el dolor, ungüento para los labios y pedacitos de hielo, cambiarle de posición y moverle el cuerpo frecuentemente (o usar colchones especiales) para prevenir llagas de cama, y bañarlo. Este tipo de cuidado alivia el proceso de la muerte pero no lo detiene.

### Competente –

Una persona competente es la que posee la capacidad de comprender la naturaleza y los posibles resultados de su condición médica y puede tomar sus propias decisiones respecto al tratamiento.

### Declarante –

Es una persona que hace un comunicado en un documento legal acerca de sus deseos, o una declaración.

### No Resucitar (NR o DNR, por sus siglas en inglés) –

Una orden de NR no es lo mismo que tener una directriz anticipada. Si quiere evitar RCP, su médico debe escribir una orden por separado en su expediente médico para cada admisión.

**Los hospitales y algunos asilos de ancianos automáticamente intentan RCP (ver definición) con cualquiera cuyo corazón y/o respiración se detiene, a menos que exista una orden de No Resucitar (NR) en los expedientes médicos del paciente. Una orden de NR (también llamada “no código”) puede ser escrita por un médico con el permiso del paciente, su agente de cuidado de la salud, o la familia.**

### Poder notarial duradero para el cuidado de la salud –

Es un documento que le permite nombrar a otra persona (llamado su agente o apoderado) para que tome decisiones sobre su cuidado médico por usted si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones. Hay una copia de este documento, el cual es legal en Iowa, junto con las direcciones de cómo llenarlo en las páginas 11-17.

### Ejecutar –

Es seguir las pautas determinadas por la ley para completar un documento de manera que sea legal y ejecutable. Esto puede incluir tener testigos que den fe que usted firmó este documento.

### Condición fatal (terminal) –

Ver “condición terminal.”

### Consentimiento informado

Es estar de acuerdo con un plan de tratamiento después de que a usted o su agente se les haya dado la información acerca de su condición médica y las opciones para su tratamiento.

### **Procedimientos de soporte vital –**

Son las drogas, el equipo médico, o los tratamientos que pueden mantener con vida a las personas que de otra forma morirían dentro de un corto, aunque incierto, periodo de tiempo.

### **Testamento en vida –**

Un documento, conocido en Iowa como *The Declaration Relating to Use of Life-Sustaining Procedures* (Declaración relacionada al uso de procedimientos de soporte vital), que le da al médico que le atiende dirección para retener o remover procedimientos que solamente prolongan el proceso de muerte y que no son necesarios para la comodidad o para aliviar el dolor.

Hay una copia de uno que es legal en Iowa, junto con las direcciones para llenarlo, en las páginas 11-17.

### **Ventilación mecánica –**

Es el respirar con una máquina (ventilador o respirador) cuando un paciente es incapaz de hacerlo por sí mismo. Esto se hace insertando un tubo en la tráquea ya sea por la nariz o por la boca (tubo endotraqueal), o por un agujero cortado en la tráquea al frente del cuello (traqueotomía.) El tubo endotraqueal es el más incómodo ya que impide al paciente hablar y comer y causa un reflejo nauseoso. La traqueotomía requiere cirugía, pero puede permitir al paciente comer y hablar cuando no está usando el respirador durante periodos cortos de tiempo. Este tipo de máquina es muy útil en situaciones de emergencia.

### **Tecnología médica –**

Es el equipo y los tratamientos que usan los médicos para diagnosticar y combatir las enfermedades, tratar heridas o mantener la condición mental o física de los pacientes. Algunos ejemplos son la cirugía, la tomografía computarizada (CAT, por sus siglas en inglés) drogas y las máquinas de circulación extracorpórea.

### **No Resucitar-fuera-del-hospital**

#### **(NR o DNR, por sus siglas en inglés) –**

En 2002 se pasó una ley que permite a los pacientes adultos terminalmente enfermos tomar decisiones de no resucitar-fuera-del- contexto hospitalario. Previo a esta ley, los pacientes enfermos terminalmente que estuvieran fuera del contexto hospitalario no tenían certeza de que su decisión (decisión de fin de vida) de no ser resucitados sería honrada porque no habían directrices uniformes a seguir por el servicio de emergencias médicas (EMS, por sus siglas en inglés) y otros proveedores. La ley de no resucitar-fuera-del-hospital (OOH DNR, por sus siglas en inglés) dirige a los proveedores de emergencias médicas y a otros proveedores de cuidado de salud a no ejecutar resucitación no deseada.

La ley permite que los pacientes enfermos terminalmente les pidan a sus médicos que le preparen y firmen una orden de no resucitar-fuera-del-contexto hospitalario. La OOH DNR (por sus siglas en inglés) es una orden médica autorizando a los proveedores de cuidado de salud a permitir que los deseos del paciente a no ser resucitado se cumplan en un contexto fuera del hospital. El contexto de estar fuera del hospital puede referirse a una institución de

cuidado de salud, el contexto de cuidados paliativos o el hogar del paciente. La resucitación es cualquier intervención médica que utilice medios mecánicos o artificiales para sustentar, restaurar, o suplantar una función espontánea vital, incluyendo pero sin limitarse a compresión de pecho, desfibrilación, intubación, y drogas emergentes que tratan de alterar la función cardiaca o de otra manera mantener la vida. Los pacientes aún recibirán cuidados paliativos, incluyendo medicina para el dolor.

La ley reconoce identificadores uniformes OOH DNR-por sus siglas en inglés- como los collares o brazaletes estándares que se obtienen a través de MedicAlert.

Para más información sobre OOH DNR comuníquese con el Iowa Department of Public Health, Bureau of Emergency Management Services (EMS) al 1-800-728-3367 o [www.idph.state.ia.us/ems](http://www.idph.state.ia.us/ems)

### **Medicamentos para dolor –**

Estos son los medicamentos que alivian el dolor que resulta de una herida o enfermedad. Estos son una parte muy importante del cuidado paliativo (ver la definición). Estos medicamentos pueden tener efectos secundarios adversos. En pacientes que están muy enfermos pueden también interferir con la respiración. Estos efectos secundarios pueden indirectamente acortar la vida.

### **Estado vegetativo persistente**

#### **(EVP o PVS, por sus siglas en inglés) –**

Éste es un estado de inconsciencia permanente que no es curable. Se puede tardar hasta tres meses para estar seguro de un diagnóstico de EVP. Para los pacientes en EVP, los centros del cerebro que controlan el pensar, el hablar, el hambre y la sed se han destruido. Los pacientes en EVP todavía tienen reflejos, como movimientos sin dirección intencional de los ojos y músculos, bostezar, toser, y reacciones al tacto o sonido. Los conocimientos médicos actuales indican que no sienten dolor. Este diagnóstico incluye pacientes que aparentemente están despiertos a veces, pero no incluye los que están en un estado de coma más profundo con los ojos cerrados.

### **Poderrante –**

La persona que cede el poder de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud a un agente de cuidado de la salud en el documento de poder notarial duradero para el cuidado de la salud.

### **Condición terminal (fatal) –**

La ley de Iowa define una condición terminal como la que es incurable o irreversible, y que en la opinión del médico que es responsable de usted (con confirmación de un segundo médico) sin la administración de procedimientos para mantener la vida, ésta terminará en la muerte dentro de un periodo tiempo relativamente corto. No se ha determinado ningún periodo de tiempo específico. Una condición terminal también puede ser un estado permanente de inconsciencia de la cual, con un grado de certeza médica razonable, un individuo no se puede recuperar.

## PASO III ENCUESTA DE VALORES

Las siguientes preguntas le pueden ayudar a definir sus valores respecto a las decisiones médicas y de fin de vida. Usted puede usar estas preguntas para discutir sus opiniones con su agente, médico y familia. El hablar con ellos acerca de estos valores les dará paz mental cuando llegue la hora de tomar decisiones difíciles, y le ayudará a seleccionar las opciones específicas respecto a procedimientos médicos.

**¿Qué valora más acerca de su vida?**

**¿Qué le llena de alegría?**

*Por ejemplo:*

- Vivir muchos años, los más posibles
- Vivir una vida activa
- Disfrutar la compañía de la familia y los amigos
- Permanecer independiente y en control

Si usted encuentra que la actividad, independencia y/o interacción social es más importante para usted que solamente vivir muchos años, entonces seleccionar las opciones específicas respecto a situaciones médicas (como las que se encuentran en la próxima sección) será particularmente importante para usted y su familia.

**¿Existen ciertas condiciones médicas o físicas que le harían creer que los tratamientos que prolongan el morir ya no se deberían de usar?**

*Por ejemplo:*

- Falta de consciencia de sí mismo o de los alrededores
- Inhabilidad de apreciar y continuar las relaciones importantes en su vida
- Inhabilidad de pensar suficientemente claro para tomar decisiones cotidianas
- Dolor severo u incomodidad
- Daños físicos (como piernas o brazos paralizadas o amputadas)

Es importante considerar algunos de los efectos posibles aparte de la muerte que una enfermedad severa o un accidente podría causar.

**¿Cómo podrían sus relaciones personales y responsabilidades afectar la toma de sus propias decisiones médicas?**

*Por ejemplo:*

- El deseo de tomar sus propias decisiones
- El deseo de evitar poner la carga de tomar decisiones difíciles a su familia
- Querer dejar buenos recuerdos a su familia
- Evitar usar todos los ahorros familiares

El proporcionar a sus seres queridos y los que le cuidan la información que necesitan para tomar decisiones médicas por usted, es un obsequio maravilloso. Esto puede evitarles una gran angustia, estrés emocional y conflicto. Aunque el perderle será difícil para su familia, saber que ellos están haciendo las cosas que usted hubiera querido hará el proceso menos difícil.

**¿Cómo se siente acerca de la muerte y el morir?**

*Por ejemplo:*

- Usted teme que la muerte será demasiado prolongada, o que tendrá demasiado dolor.
- Usted perdió a alguien cercano y usted no quiere morir así.
- Usted quiere morir con respeto y control, y en el ambiente que usted escogió como el mejor para usted y su familia.
- Usted no quiere sufrir por mucho tiempo.

Es muy importante que considere todas estas preguntas junto con las decisiones sobre los tratamientos médicos.

# PASO IV

## HOJAS DE TRABAJO DE SITUACIONES MÉDICAS

Las siguientes hojas de trabajo presentan cuatro situaciones médicas en las cuales las directrices anticipadas frecuentemente se necesitan. Después de la descripción de cada situación usted encontrará una lista de seis posibles tratamientos o procedimientos comúnmente usados por médicos y enfermeras en hospitales para tratar la condición descrita. Por favor lea cada situación cuidadosamente e intente imaginarse a usted mismo en esa situación, y decida si quiere, si no quiere, sino puede decidir o si prefiere que se intente primero el tratamiento para determinar si le ayudaría. Ponga una “X” en una columna junto a cada tratamiento enumerado.

Esta hoja de trabajo no es un documento legal. Es una guía para usted, su familia, agente y médico. No es una lista de todas las condiciones médicas posibles.

Sin embargo, saber sus deseos en estas situaciones particulares, le servirá de guía para otras situaciones. Le recomendamos que llene estas hojas de trabajo y que use esta información para completar la sección 2 del formulario poder notarial duradero para el cuidado de la salud, y la sección 4 del formulario testamento en vida. Esta información les proporcionará ayuda y dirección valiosa a su agente y médicos en el futuro.

Esta sección se adaptó de Emanuel L.L., Emanuel EJ, “The Médical Directive: A New Comprehensive Advance Care Document,” *Journal of the American Medical Association*, June 9, '89; 261:3290. Copyright 1990.

**SITUACIÓN 1** Si mi médico determinó con certeza que tengo una condición que pronto causará mi muerte (condición fatal o terminal), y estoy inconsciente o de otra forma incapaz de hablar por mí mismo, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:

	QUIERO	NO QUIERO	NO HE DECIDIDO	QUIERO INTENTAR <i>Si no hay una mejoría evidente discontinúe el tratamiento</i>
<b>1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b> El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para reiniciar la respiración.				
<b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b> El respirar por una máquina a través de un tubo insertado por la boca o nariz.				
<b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b> Los alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.				
<b>4. MEDICAMENTOS PARA DOLOR</b> (aunque hacen a uno menos consciente e indirectamente acortan la vida).				
<b>5. ANTIBIÓTICOS</b> Las drogas para combatir infección.				
<b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b>				

**SITUACIÓN 2** Si estoy inconsciente por un accidente o una enfermedad grave, y no hay esperanza conocida de recuperar la noción consciente de mi ambiente (estado de coma irreversible o muerte cerebral), pero las máquinas o drogas podrían mantener vivo mi cuerpo durante años, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:

	QUIERO	NO QUIERO	NO HE DECIDIDO	QUIERO INTENTAR <i>Si no hay una mejoría evidente discontinúe el tratamiento</i>
<b>1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b> El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para reiniciar la respiración.				
<b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b> El respirar por una máquina a través de un tubo insertado por la boca o nariz.				
<b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b> Los alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.				
<b>4. MEDICAMENTOS PARA DOLOR</b> (aunque hacen a uno menos consciente e indirectamente acortan la vida).				
<b>5. ANTIBIÓTICOS</b> Las drogas para combatir infección.				
<b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b>				

**SITUACIÓN 3** Si llego a estar permanentemente confundido o tengo deterioro mental de manera que soy incapaz de cuidar de mí mismo o de ser parte de cualquier interacción significativa con mi familia y amigos (como la enfermedad Alzheimer, accidentes cerebrovasculares múltiples, o demencia), y me enfermo, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:

	QUIERO	NO QUIERO	NO HE DECIDIDO	QUIERO INTENTAR <i>Si no hay una mejoría evidente discontinúe el tratamiento</i>
<b>1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b> El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para reiniciar la respiración.				
<b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b> El respirar por una máquina a través de un tubo insertado por la boca o nariz.				
<b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b> Los alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.				
<b>4. MEDICAMENTOS PARA DOLOR</b> (aunque hacen a uno menos consciente e indirectamente acortan la vida).				
<b>5. ANTIBIÓTICOS</b> Las drogas para combatir infección.				
<b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b>				

**SITUACIÓN 4** Si soy saludable y sufro un accidente o enfermedad repentina que me hace incapaz de expresar mis deseos, y mi condición es potencialmente reversible en la opinión de mi médico, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:

	QUIERO	NO QUIERO	NO HE DECIDIDO	QUIERO INTENTAR <i>Si no hay una mejoría evidente discontinue el tratamiento</i>
<b>1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b> El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para reiniciar la respiración.				
<b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b> El respirar por una máquina a través de un tubo insertado por la boca o nariz.				
<b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b> Los alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.				
<b>4. MEDICAMENTOS PARA DOLOR</b> (aunque hacen a uno menos consciente e indirectamente acortan la vida).				
<b>5. ANTIBIÓTICOS</b> Las drogas para combatir infección.				
<b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b>				



## PASO V COMPLETANDO LOS DOCUMENTOS

### **LISTA DE VERIFICACIÓN PARA COMPLETAR EL TESTAMENTO EN VIDA/PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE SALUD**

- 1. REVISE LA ENCUESTA DE VALORES** en la página 6 de este folleto.
- 2. COMPLETE LAS HOJAS DE TRABAJO DE SITUACIONES MÉDICAS, SI LO DESEA,** en las páginas 7-10 de este folleto.
- 3. ESCOGA UN AGENTE,** y un agente suplente (si es posible).

Escoger un agente es muy importante porque el trabajo del agente es asegurarse de que sus deseos para el cuidado de su salud (como están escritos en el poder notarial duradero para el cuidado de la salud e indicados verbalmente) se lleven a cabo. Usted confiará en que esta persona hablará con los médicos para evaluar las opciones disponibles, y tomar las decisiones más parecidas a las que usted tomaría por sí mismo.

Mucha gente escoge un hijo adulto, cónyuge, u otro pariente cercano mientras otros prefieren a un amigo cercano. Independientemente de su elección, su agente debe ser alguien en el cual usted confía, que le conoce bien y que entiende sus valores y creencias. Vea la página 3 para una lista de las personas que legalmente no pueden ser su agente.

- 4. HABLE CON SU AGENTE.**

Hable con su agente acerca de sus creencias y valores sobre la enfermedad y la muerte. Le convendría repasar con su agente la encuesta de valores y hoja de trabajo de situaciones médicas de este folleto; estas hojas de trabajo pueden ayudarle a expresar sus pensamientos más claramente. Asegúrese de que su agente entiende sus deseos.

- 5. HABLE CON OTROS.**

Pregúntele a su médico o enfermera por cualquier información médica que pueda necesitar, averigüe si él o ella le apoyan en su decisión de completar una directriz anticipada; y revise con él o ella sus decisiones específicas en cada una de las situaciones médicas anteriores. Hable con su familia. Además, tal vez le gustaría hablar con su pastor, sacerdote o rabino para apoyo y dirección.

- 6. COMPLETE EL FORMULARIO** que se encuentra en las páginas 15-17 de este folleto, siga las instrucciones.

- 7. FIRME EL DOCUMENTO, Y TÉNGALO ATESTIGUADO O NOTARIADO.**

- 8. SAQUE COPIAS.**

Saque una copia para usted, y una para su agente suplente, su médico, su hospital, y su pastor, sacerdote o rabino. Asegúrese de que cada uno de ellos reciba una copia. Además, tal vez le gustaría proporcionarle copias a su familia y abogado. Hay un espacio en el formulario para apuntar donde se pueden localizar las copias adicionales.

- 9. DELE A SU AGENTE EL ORIGINAL.**

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL TESTAMENTO EN VIDA/EL PODER NOTARIAL DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

*Por favor, acuda al documento que empieza en la página 15 y llénelo mientras lee cuidadosamente estas instrucciones.*

### **SECCIÓN I** (El testamento en vida):

*La "Declaration Relating to the Use of Life Sustaining Procedure"s (Declaración relacionada al uso de procedimientos de soporte vital) es el nombre legal que se le da en Iowa al testamento en vida.*

Esta declaración dice que si usted resulta tener una condición que le causará la muerte, usted no quiere que su vida se le prolongue con máquinas, drogas u otro tratamiento. En la ley de Iowa, dos médicos tienen que haberlo examinado y certificar por escrito que usted tiene una condición que dentro de poco resultará en la muerte o en estado de inconsciencia permanente.

Esta declaración también dice que si usted tiene una condición que pronto le causará la muerte, y además usted es incapaz de tomar sus propias decisiones debido a inconsciencia o pérdida de habilidad de pensar y razonar, usted autoriza a su médico a retener (no iniciar) o retirar (parar) los tratamientos que solamente prolongan la muerte. También es claro en esta declaración que cualquier tratamiento que le haga sentir más comfortable no debe ser detenido o evitado.

- a. El testamento en vida que usted acaba de firmar no entra en efecto a menos que usted haya sido diagnosticado con una condición que resulte en su muerte, o usted se encuentre en un coma irreversible y no sea capaz de tomar decisiones.
- b. Las medicinas para el dolor y la alimentación por boca no están incluidos en la definición de procedimientos de "soporte vital" (tratamientos que extienden el proceso de la muerte), por lo tanto se le seguirán dando a menos que usted escriba otra cosa.
- c. Es **su responsabilidad** asegurarse que su médico y el hospital tengan una copia de su testamento en vida.
- d. Sin importar en que condición esté, usted puede cancelar este testamento en vida en cualquier momento diciéndole (como usted pueda) a su médico o su agente que el testamento en vida ya no está vigente.

**SECCIÓN II** (El poder notarial duradero para el cuidado de la salud):

- Escriba cuidadosamente a máquina o en letra de imprenta el nombre (primer nombre, inicial, apellido) de su agente en las líneas que se le provee. Un "apoderado" es el nombre legal de su agente.**

La sección que le sigue al nombre y dirección de su agente identifica legalmente las obligaciones y responsabilidades que implica el ser un agente de cuidado de salud, esto incluye:

- a. el poder de tomar decisiones de cuidado de salud por usted solamente si el médico dice que usted es incapaz de tomarlas por sí mismo
  - b. el hecho de que esas decisiones tienen que ser consistentes con sus deseos
  - c. el poder de consentir si se le retiene o retira tratamientos médicos, aún si estos son necesarios para mantenerlo vivo
  - d. el poder de tomar estas decisiones por usted, por cualquier condición mental o física siempre y cuando sean consistentes con sus instrucciones verbales o escritas. Su agente también tiene el derecho de examinar su expediente médico.
- Escriba cuidadosamente a máquina o en letra de imprenta el nombre, la dirección, y el número telefónico de un agente suplente quien tomará la responsabilidad si su agente no puede hacerlo. Se sugiere esto, pero no se requiere.**
  - Hay un área en blanco que se provee para que escriba instrucciones específicas como los tratamientos médicos específicos que usted desea evitar y en cuales situaciones. Use las hojas de trabajo como guía.**
  - Firme su nombre como lo hace en cualquier documento legal, entonces escriba cuidadosamente a máquina o en letra de imprenta su nombre (como poderdante, o la persona que otorga el poder notarial o como la persona declarante que firma un testamento en vida) y dirección, en las líneas proporcionadas debajo de su firma. Debe firmar en la presencia de sus testigos o un notario público.**
  - Usted tiene la opción de usar un notario público, o tener dos testigos que firmen su documento. Un notario público debe observarle firmar el documento. Asimismo, los dos testigos deben observarle firmar y observarse firmar el uno al otro. Asegúrese que no más de uno de sus testigos sea pariente suyo. Su médico o empleado de su médico no puede ser testigo, a menos que también sea pariente suyo. Además, su agente no puede ser testigo.**
  - Firme su nombre como el cedente y feche la página titulada "Autorización para divulgar la información de salud protegida a fin de nominar un apoderado para el cuidado de la salud." Esto permite que el agente que usted propuso obtenga los expedientes médicos necesarios cuando ocurra un evento que necesite invocar el poder notarial duradero para el cuidado de salud.**
  - Apunte el lugar en el que tiene cada copia del poder notarial duradero para el cuidado de salud y el testamento en vida.**

**DECLARACIÓN RELACIONADA A PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE VITAL**  
**(Testamento en vida)**  
**Y**  
**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LAS DECISIONES DE CUIDADO DE LA SALUD**  
**(Poder notarial médico)**

**I. DECLARACIÓN RELACIONADA A PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE VITAL**

Si yo tuviera una condición incurable o irreversible que resultará en la muerte en un corto periodo de tiempo o en un estado de inconsciencia permanente del cual, con un grado de certeza médica razonable, no puede haber recuperación, es mi deseo que mi vida no se prolongue con la administración de procedimientos que mantienen la vida. Si yo soy incapaz de participar en las decisiones sobre mi cuidado de salud, yo le indico a mi médico encargado a retener o retirar los procedimientos de soporte vital que simplemente prolongan el proceso de morir y que no son necesarios para mi comodidad o para evitar el tener dolor.

Esta declaración está sujeta a cualquier instrucción específica o afirmación de mis deseos que añadí en “las provisiones adicionales” de abajo.

**II. PODER NOTARIAL DURADERO PARA LAS DECISIONES DE CUIDADO DE LA SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_,

designo a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Escriba a máquina o en letra de imprenta) Nombre de suplente, dirección de la calle, ciudad, estado, código postal y número telefónico

como mi apoderado (mi agente) y le doy a mi agente el poder de tomar decisiones de cuidado de salud por mí. Este poder solo existe cuando soy incapaz, en la opinión de mi médico encargado, de tomar esas decisiones de cuidado de salud. El apoderado debe de actuar consistentemente con mis deseos como se indican en este documento o en otra manera dados a conocer.

Salvo que se especifique de otra manera en este documento, este documento le da a mi agente el poder, que de otra manera es consistente con las leyes del estado de Iowa, a consentir a que mi médico no me de cuidado de salud o a detener el cuidado de salud el cual es necesario para mantenerme con vida.

Este documento le da a mi agente el poder de tomar decisiones de cuidado de salud en mi lugar, incluyendo el consentir, rehusarse a consentir, o el retirar el consentimiento a recibir cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental. Este poder está sujeto a cualquier declaración de mis deseos y cualquier limitación que se incluya en este documento.

Yo, por la presente revoco todo poder notarial duradero para las decisiones de cuidado de la salud previo.

OPCIONAL: Si la persona designada arriba como agente es incapaz de servir, yo designo a la siguiente persona para servir en su lugar.

\_\_\_\_\_  
(Escriba a máquina o en letra de imprenta) Nombre de suplente, dirección de la calle, ciudad, estado, código postal y número telefónico

OPCIONAL: PROVISIONES ADICIONALES – Agregue aquí instrucciones específicas o afirmaciones de sus deseos (si alguno):

SI \_\_\_ NO \_\_\_ En el caso de que los profesionales médicos determinen que yo puedo ser un donante, yo estoy de acuerdo a usar procedimientos de soporte vital, incluyendo ventilación, con el único propósito y durante el periodo de tiempo requerido para completar la donación del órgano. Nada en este párrafo debe interpretarse como una expansión o detracción de las leyes relacionadas a donativos anatómicos como se especifica en el Código de Iowa, Capitulo 142C. El propósito de este párrafo es para hacer la donación de órgano prácticamente y medicamente posible.

Firmado el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Dirección de la calle

\_\_\_\_\_  
Su firma (Declarante/Principal)

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Su nombre en letra de imprenta

**NOTA IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO DEBE DE SER FIRMADO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO O DOS TESTIGOS. VEA AL REVERSO LOS FORMULARIOS PARA NOTARIO O TESTIGOS. SI QUIERE EJECUTAR UNA DECLARACION DE TESTAMENTO EN VIDA O UN PODER NOTARIAL DURADERO MEDICO, PERO NO QUIERE HACER AMBOS, HAY FORMULARIOS SEPARADOS DISPONIBLES EN IOWA STATE BAR ASSOCIATION. SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE ESTE FORMULARIO O NECESITA ASISTENCIA PARA COMPLETARLO, USTED DEBERÍA CONSULTAR UN ABOGADO.**

## FORMULARIO PARA NOTARIO PÚBLICO

ESTADO DE \_\_\_\_\_, CONDADO DE \_\_\_\_\_ ss:

Este documento fue reconocido ante mí el \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
, Notario público

## FORMULARIO DE TESTIGO

Nosotros, los abajo firmantes, por la presente declaramos que nosotros firmamos este documento en la presencia uno del otro y del declarante/principal y nosotros atestiguamos la firma del documento por el declarante/principal o por otra persona que actúa en representación del declarante/principal a petición del declarante/principal; que ninguno de nosotros fue designado como apoderado por este documento, que ninguno de nosotros es un proveedor de cuidado de salud que en el presente está tratando al declarante/principal, o empleados de tal proveedor de salud. Además declaramos que ambos tenemos al menos 18 años de edad, y al menos uno de nosotros no es pariente de sangre, por matrimonio o por adopción del declarante/principal.

\_\_\_\_\_  
Firma del primer testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del segundo testigo

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Dirección de la calle Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_  
Dirección de la calle Ciudad Estado Código Postal

### INFORMACIÓN GENERAL ACERCA DE ESTE DOCUMENTO

1. “Cuidado de salud” significa cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la condición física o mental de un individuo. “Procedimiento de soporte vital” significa cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica que utilice medios mecánicos o artificiales para mantener, restaurar o suplementar una función vital espontánea, y cuando se le aplica a una persona en una condición terminal serviría solo para prolongar el proceso de la muerte. “El procedimiento de soporte vital” no incluye la administración de medicamentos o la ejecución de cualquier procedimiento médico que se estime necesario para proveer cuidado paliativo o para aliviar el dolor.
2. Los términos “cuidado de salud” y “procedimiento de soporte vital” incluyen nutrición e hidratación (comida y agua) solamente cuando se provea por vía parenteral o a través de intubación (intravenosamente o por un tubo de alimentación). De esta manera, este documento autoriza la retención de nutrición o hidratación que se provee intravenosamente o por un tubo de alimentación. Si usted no quiere esto, debe de estipular sus instrucciones específicas en el espacio que se provee en la página 15.
3. Los siguientes individuos no pueden ser designados como apoderados para tomar las decisiones del cuidado de su salud bajo el poder notarial duradero para el cuidado de la salud.
  - a. Un proveedor del cuidado de la salud que esté atendiendo al principal en la fecha de ejecución.
  - b. Un empleado de dicho proveedor de la salud a menos que el individuo a ser designado esté relacionado con el principal por sangre, matrimonio, o adopción al tercer grado de consanguinidad.
4. El poder notarial para las decisiones del cuidado de la salud o la declaración relacionada al uso de procedimientos de soporte vital pueden ser revocados en cualquier momento y de cualquier manera que el principal/declarante, sin consideración de su condición mental o física, sea capaz de comunicar su intención de revocarlos.
5. Es la responsabilidad del principal/declarante de proveerle a su proveedor de cuidado de salud encargado con una copia de este documento.
6. Una declaración relacionada al uso de procedimientos de soporte vital se pondrá en efecto cuando se determina que la condición del declarante es terminal o el declarante está en un estado de inconsciencia permanente, y el declarante es incapaz de tomar decisiones sobre tratamientos.

### SUGERENCIAS DESPUÉS DE QUE EL FORMULARIO SE FIRMÉ, ATESTIGÜÉ O NOTARICÉ ADECUADAMENTE

1. Ponga el original en un lugar seguro que los miembros de su familia o amigos cercanos sepan y sea accesible para ellos.
2. Dele una copia a su médico.
3. Dele una copia a los miembros de la familia.
4. Dele una copia a su apoderado designado (agente) y al apoderado designado suplente (si tiene).

## **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA NOMINAR AL APODERADO DE CUIDADO DE SALUD**

En conformidad a los términos del poder notarial duradero de las decisiones de cuidado de salud, (o la combinación del testamento vital y el poder notarial duradero) (HCPOA, por sus siglas en inglés) fechado el \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ en el cual el que abajo firma es el cedente, este poder se pone en efecto en el evento de mi discapacidad o incapacidad.

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:**

Autorizo a cualquier médico, profesional de cuidado de salud, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, u otro proveedor de cuidado de salud cubierto, cualquier compañía de seguros y el Medical Information Bureau, Inc., u otro centro de distribución de información de cuidado de salud que me haya provisto tratamiento o servicios o que haya pagado por o esté procurando que yo le pague por esos servicios, a que le dé, revele y le dé a conocer a la persona o personas que designé en este documento para que actúen como mi agente, la información de salud personal que me identifica y los expedientes médicos respecto a mi condición médica o mental pasada, presente o futura

(incluyendo toda la información de salud especialmente protegida respecto a cada uno de las siguientes condiciones que yo autorizo específicamente al marcarlas con una "X" para que puedan ser divulgadas

- las enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH);
- salud conductual y mental; y
- abuso de alcohol, drogas y otras sustancias

\_\_\_\_\_  
Firma del principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

respecto a mi habilidad de tomar decisiones de cuidado de salud. El propósito de este pedido es para ayudar a determinar si la persona designada para actuar como mi agente debería actuar como mi agente. Esta autorización expira cuando yo muera o cuando yo la revoque con una revocación escrita y la firme y entregue a la entidad que está solicitando la información previa al momento que se está solicitando.

Entiendo que puedo revocar esta autorización al entregar una declaración escrita de revocación a cualquier entidad que yo le haya dado autorización para dar, revelar o dar a conocer la información. La revocación es efectiva solamente para las entidades a las cuales se le entregó la declaración escrita de revocación y solamente después de que se entregó ésta. Además, entiendo que tengo el derecho a inspeccionar en cualquier momento la información divulgada. El que yo firme esta autorización no determina el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios en una entidad a la cual yo le haya autorizado a divulgar información. Yo sé que una vez que la información que autorice a ser divulgada se divulga se puede volver a divulgar por el destinatario y ya no está protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA, por sus siglas en inglés) y las regulaciones promulgadas en conformidad a ésta, como se enmiendan de tiempo en tiempo.

### **LA AUTORIDAD PARA ACTUAR COMO EL REPRESENTANTE PERSONAL**

En adición a los otros poderes concedidos por el HCPOA, yo le concedo a mi agente el poder y la autoridad de servir como mi representante personal para todos los efectos de la ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), como se enmienda de tiempo en tiempo, y sus regulaciones durante el tiempo que mi agente (de aquí en adelante, en las cláusulas subsiguientes de este párrafo se le denomina como mi "representante personal de HIPAA") esté ejerciendo autoridad bajo este documento.

En conformidad con HIPAA yo autorizo específicamente a mi representante personal de HIPAA a pedir, recibir y revisar mi información respecto a mi salud física y mental, incluyendo y sin limitarse, a toda la información de salud protegida por HIPAA, expedientes médicos y hospitalarios; a ejecutar en mi nombre cualquier autorización, divulgación u otros documentos que puedan requerirse de manera que esta información se obtenga, y a consentir a la divulgación de esta información. Además, yo autorizo a mi representante personal de HIPAA a que ejecute en mi nombre cualquier documento necesario o deseado para implementar las decisiones de cuidado de salud que mi representante personal de HIPAA es autorizado a tomar bajo el HCPOA.

Fechado el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
, Cedente

## PASO VI INFORMACION ADICIONAL

Estas son las preguntas que su agente de cuidado de salud le gustaría hacerles a los médicos y enfermeras que están cuidando de usted. Las situaciones en la cuales el poder notarial duradero para el cuidado de salud se usa casi siempre son muy estresantes y difíciles. El tener una lista de preguntas puede darle a su agente la confianza y la paz mental que necesita para tomar por usted decisiones razonables.

1. ¿Qué pasa si no hacemos nada?
2. Doctor, ¿qué usted haría si esta persona fuera su esposo/esposa, niño, padre, amigo?
3. Usted habló sobre un plan de tratamiento complicado. ¿Tengo que tomar una decisión sobre todo el plan en seguida o hay partes separadas del plan que usted me puede explicar?
4. Por favor, dígame una por una, todas las alternativas y opciones.
5. ¿Cuáles son los beneficios de cada una de las alternativas?
6. ¿Cuáles son los problemas posibles con cada una de las alternativas?
7. ¿Qué usted espera lograr al hacer estos tratamientos? ¿Está usted tratando de posponer la muerte? ¿Está usted simplemente aliviando el dolor?
8. ¿Hay alguna esperanza de restituir al paciente a un estado saludable?
9. ¿Es esto una emergencia? ¿Por qué? ¿Tengo que decidir en estos momentos o tengo tiempo de pensarlo?
10. Esto es lo que yo entiendo que usted está diciendo: ¿Es correcto?
11. ¿Es esta la manera más fácil/más digna/menos dolorosa para que bajo estas circunstancias alguien muera (esta persona)?





## TARJETA PARA LA BILLETERA

### AVISO IMPORTANTE AL PERSONAL MÉDICO

Ejecuté un poder notarial duradero para el cuidado de salud.

Mi agente es

NOMBRE DE AGENTE

DIRECCIÓN DE AGENTE

NUMERO DE TELÉFONO DE AGENTE

Mi agente tiene una copia de mi poder notarial duradero para el cuidado de salud y tomará las decisiones de cuidado de salud por mí si yo soy incapaz de hacerlo.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DOBLE AQUÍ

### AVISO IMPORTANTE AL PERSONAL MÉDICO

Ejecuté un testamento en vida

Yo,

NOMBRE

de

DIRECCIÓN

ejecuté un testamento en vida conforme a la ley de Iowa. Si la situación se presentara en la cual estoy enfermo terminalmente o permanentemente inconsciente y no hay ninguna expectativa razonable de recuperación, mi deseo es que se me permita morir una muerte natural sin usar medidas de soporte vital. Sin embargo, deseo tener alivio para el dolor con la cantidad de medicina que sea necesaria, aún si ésta indirectamente acorta mi vida.