Directivas anticipadas y poder duradero para atención médica

En este formulario puede decidir cómo quiere que lo traten si enferma gravemente.

HENRY FORD HEALTH℠

hap®

henryford.com

Este formulario tiene cinco partes. Le permite:

Parte 1: Elegir un defensor del paciente.
Esta es la persona que puede tomar decisiones médicas por usted si se enferma gravemente o no puede tomarlas solo.

Parte 2: Tomar sus propias decisiones sobre la atención médica.
En este formulario puede elegir el tipo de atención médica que quiere recibir. De esta manera, los que lo atiendan no tendrán que adivinar qué quiere usted si se enferma demasiado como para decírselo.

Parte 3: Firmar el formulario.
Debe firmar el formulario para que se pueda usar.

Parte 4: Pedirle a su defensor del paciente que firme.
El defensor del paciente debe firmar la página 11 para aceptar esta función.

Parte 5: Pedirle a su defensor del paciente que decida por usted sobre asuntos de salud mental (opcional).
Debe firmar esta página solamente si quiere esta opción.

Escriba su nombre aquí:

_____

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

_____ /_____ / _____

- Si **solo quiere nombrar un defensor del** paciente, vaya a la **Parte 1**.
- Si **solo quiere expresar sus preferencias de atención médica,** vaya a la **Parte 2**.
- Si **quiere hacer las dos cosas,** complete la **Parte 1** y la **Parte 2**.

Complete solo las partes que quiera.
Firme siempre el formulario en la Parte 3.
En la Parte 3 tienen que firmar dos testigos.

¿Qué debo hacer con el formulario después de completarlo y de que todos hayan firmado?

Comparta el formulario con los que lo cuiden:
- El defensor del paciente
- Médicos
- Enfermeros
- Trabajadores sociales
- Familiares y amigos

Conserve una copia del formulario en un lugar seguro.

¿Qué sucede si cambio de opinión?
- Puede cambiar de opinión en cualquier momento.
- El defensor del paciente debe cumplir cualquier preferencia de tratamiento médico que usted manifieste verbalmente, aunque sea diferente de lo que usted haya escrito en el formulario.
- Lo mejor es completar y firmar un nuevo formulario.
- Informe de los cambios a las personas que lo cuiden.
- Entregue el nuevo formulario a su defensor del paciente y a los médicos.

¿Y si tengo preguntas sobre el formulario?
Lléveselo a médicos, enfermeros, trabajadores sociales, su defensor del paciente, familiares o amigos para que se las respondan.

¿Qué sucede si mis preferencias de atención médica no están en este formulario?
- Escriba sus preferencias en una hoja de papel.
- Guarde la hoja junto con este formulario.
- Comparta sus preferencias con las personas que lo cuiden.

Parte 1: Elija un defensor del paciente

La persona que puede tomar decisiones médicas por usted si está demasiado enfermo para tomarlas por su cuenta.

¿A quién debo elegir como defensor del paciente?

Un amigo o familiar que:

- tenga como mínimo 18 años;
- lo conozca bien;
- pueda estar junto a usted cuando lo necesite;
- sea una persona en la que usted confíe que hará lo mejor para usted;
- pueda decirles con claridad a los médicos las decisiones que usted ha manifestado en este formulario.

¿Qué sucede si no elijo un defensor del paciente?

Si usted está muy enfermo para tomar sus propias decisiones, los médicos les pedirán a sus familiares más cercanos que tomen las decisiones por usted.

Si sus familiares no pueden tomar una decisión, un juez puede designar a una persona para que decida por usted.

¿Qué tipo de decisiones puede tomar el defensor del paciente?

Aceptar, negar, cambiar, suspender o elegir:

- médicos, enfermeros, trabajadores sociales
- hospitales o clínicas
- medicamentos, pruebas o tratamientos
- qué se hará con su cuerpo y sus órganos después de su muerte

El defensor del paciente también puede:

- tomar otras decisiones, como, por ejemplo, trasladarlo o no a un centro de atención residencial; y
- consultar su expediente médico para ayudar a tomar estas decisiones.

El defensor del paciente deberá cumplir las preferencias de atención médica que usted expresó en la Parte 2.

Decisiones que su defensor del paciente puede tomar en relación con **los tratamientos de soporte vital**

(atención médica para intentar ayudarlo a que viva más tiempo)

RCP o resucitación cardiopulmonar

Cardio = corazón

Pulmonar = pulmones

Resucitación = traer de vuelta a la vida

Esto puede implicar:

- presión fuerte en el pecho para que la sangre siga bombeando;
- descargas eléctricas para poner en marcha el corazón; y
- medicamentos por las venas.

Respirador

La máquina bombea aire a los pulmones y respira por usted. No se puede hablar si está conectado a la máquina.

Diálisis

Máquina que limpia la sangre si los riñones dejan de funcionar.

Sonda de alimentación

Sonda que se usa para alimentarlo si no puede tragar. La sonda se introduce por la garganta hasta el estómago. También se puede colocar mediante una operación.

Transfusiones de sangre

Se pone sangre en las venas.

Operaciones

Medicamentos

Atención para enfermos terminales

Si es posible que muera pronto, su defensor del paciente puede:

- llamar a un líder espiritual;
- decidir si usted muere en su casa o en el hospital.

Parte 1: Elija un defensor del paciente

Quiero que esta persona tome decisiones médicas por mí y que sea mi defensor.

Nombre | Apellido

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Número de teléfono de casa | Número de teléfono del trabajo | Número de teléfono celular

Si la primera persona no puede hacerlo, quiero que esta persona tome decisiones médicas por mí y que sea mi defensor.

Nombre | Apellido

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Número de teléfono de casa | Número de teléfono del trabajo | Número de teléfono celular

En este formulario puede anotar sus preferencias de atención médica. ¿Cómo quiere que su defensor del paciente cumpla estas preferencias? Escriba una X junto a la frase con la que esté más de acuerdo.

☐ Quiero que mi defensor del paciente trabaje con mis médicos y use su mejor criterio. Acepto que el defensor del paciente respete las preferencias de atención médica de este formulario como guía general.

Aunque acepto que se respeten mis preferencias como guía general, hay algunas preferencias que no quiero que modifiquen:

☐ Quiero que mi defensor del paciente respete EXACTAMENTE mis preferencias de atención médica de este formulario. No quiero que el defensor del paciente modifique mis preferencias, incluso si los médicos creen que no es lo mejor para mí.

Vaya a la **Parte 2**, en la página siguiente, para expresar sus preferencias de atención médica.

Para firmar este formulario, vaya a la **Parte 3**. Su defensor del paciente debe firmar la **Parte 4**.

Parte 2: Exprese sus preferencias de atención médica

Escriba sus preferencias para que las personas que lo cuiden no tengan que adivinar.

Piense en lo que hace que su vida valga la pena.

Mi vida solo vale la pena si puedo:

Escriba una X en el círculo junto a todas las frases con las que esté más de acuerdo.

- ☐ hablar con mi familia o mis amigos
- ☐ despertar de un coma
- ☐ comer, bañarme o cuidarme solo
- ☐ vivir sin dolor
- ☐ vivir sin estar conectado a máquinas
- ☐ no estoy seguro

<< 0 >>

☐ **Mi vida siempre valdrá la pena por muy enfermo que esté.**

Si estoy agonizando, es importante que esté:

- ☐ en casa
- ☐ en el hospital
- ☐ no estoy seguro

¿Es importante para usted la religión o la espiritualidad?

- ☐ no
- ☐ sí

¿Cuál es su religión, en caso de que profese una? _____

¿Qué deben saber sus médicos sobre su religión o espiritualidad?

_____

_____

_____

_____

Parte 2: Exprese sus preferencias de atención médica

El defensor del paciente puede decidir que se detengan los tratamientos para permitir que usted fallezca.

Su defensor del paciente puede tomar esta decisión SOLO si cree que es lo que usted hubiera querido.

Es posible que su defensor del paciente nunca tenga que tomar esta decisión. Sin embargo, si la debe tomar, las leyes de Michigan solo le permitirán detener el tratamiento y dejar que usted fallezca si los médicos saben con antelación que está de acuerdo.

Escriba una X en el círculo junto a todas las frases con las que esté más de acuerdo.

- ☐ **Mi defensor del paciente puede decidir detener los tratamientos y dejarme morir.**
- ☐ **Mi defensor del paciente NUNCA puede decidir interrumpir los tratamientos y dejarme morir.**

Sus médicos pueden preguntar sobre la donación de órganos después de que muera.
Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas. Díganos sus deseos.

Escriba una X en el círculo junto a todas las frases con las que esté más de acuerdo.

- ☐ **Quiero** donar mis órganos.

  ¿Qué órganos quiere donar?

  - ☐ Cualquier órgano
  - ☐ Solo estos órganos: _____

- ☐ **No quiero** donar mis órganos.
- ☐ Quiero que decida mi **defensor del paciente**.
  Si permite que tome la decisión, su defensor del paciente podrá tomarla después de que usted fallezca.
- ☐ **No estoy seguro.**

Parte 3: Firme el formulario

Para poder usar este formulario, usted debe:

- firmarlo;
- pedirles a dos testigos que firmen el formulario.

Los testigos deben:

- tener como mínimo 18 años;
- verlo firmar este formulario.

Los testigos no pueden:

- ser sus defensores del paciente;
- ser sus proveedores de atención médica;
- trabajar para su proveedor de atención médica;
- trabajar en el lugar donde usted vive (si vive en un centro de atención residencial o en un hogar grupal);
- tener ningún tipo de parentesco con usted;
- beneficiarse económicamente (recibir dinero o bienes) después de su muerte;
- trabajar para su compañía de seguros.

Escriba su nombre y la fecha.

Firma	Fecha
Nombre en letra de molde	**Apellido en letra de molde**
Dirección	**Ciudad** **Estado** **Código postal**
Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	

Los testigos deben firmar en la siguiente página.

Parte 3: Firmar el formulario

Firmando, doy certeza de que _____ firmó este formulario mientras yo miraba.

Tenía lucidez y no firmó obligado.

Testigo n.º 1

Firma | Fecha

Nombre en letra de molde | Apellido en letra de molde

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Testigo n.º 2

Firma | Fecha

Nombre en letra de molde | Apellido en letra de molde

Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

Firme en la página siguiente si lo han nombrado defensor del paciente.

Comparta este formulario con médicos, enfermeros, trabajadores sociales, amigos, familiares y el defensor del paciente. Hable con ellos sobre sus preferencias.

Parte 4: Aceptación por parte del defensor del paciente

El defensor del paciente debe leer y firmar este formulario.

- Siempre debe actuar en beneficio del paciente y no en el suyo.
- Usted recién empezará a tomar decisiones por el paciente después de que 2 médicos estén de acuerdo en que el paciente está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones.
- No podrá tomar decisiones que el paciente normalmente no podría tomar.
- No tiene la potestad para interrumpir el tratamiento de una paciente embarazada si eso puede causarle la muerte.
- Puede tomar la decisión de detener los tratamientos y permitir que el paciente muera de forma natural SI este ha dejado en claro que usted puede tomar esa decisión.
- No se le puede pagar por actuar como defensor del paciente, pero sí se le puede devolver el dinero que haya destinado a los gastos médicos del paciente.
- El paciente puede destituirlo como su defensor cuando quiera.
- Usted puede dejar de ser defensor del paciente cuando quiera.
- Si el paciente quiere que tome decisiones sobre su tratamiento de salud mental, consulte la Parte 5.

Firmando, usted declara que entiende lo que dice este documento y que será el defensor del paciente de_____ (nombre del paciente) que firmó en la página 9 el _____ (fecha).

Firma del defensor del paciente **Fecha**

Firma del 2.º defensor del paciente (si se designa un segundo defensor del paciente) **Fecha**

Parte 5: Preferencia de atención de salud mental (opcional)

Complete esta parte solo si quiere autorizar a su defensor del paciente a que decida si usted debe recibir atención de salud mental.

Para que mi defensor del paciente pueda tomar decisiones sobre mi salud mental, deben suceder 2 eventos. Primero, un médico y un proveedor de salud mental tiene que examinarme y hablar conmigo. Después, estos profesionales deben expresar por escrito que no puedo tomar mis propias decisiones.

Puedo cancelar el poder para que mi defensor del paciente tome decisiones de salud mental por mí. Sin embargo, pasarán 30 días hasta que esta cancelación entre en vigor. Este tiempo solo se espera para la atención de salud mental, pero no para la atención médica.

Si el defensor del paciente concuerda en que necesito estar en un hospital psiquiátrico, aún tengo derecho a informarle al hospital si quiero irme. Sin embargo, debo avisar al hospital con tres días de antelación.

Esta es una lista de las decisiones que puede tomar el defensor del paciente sobre su atención de salud mental.

Escriba una X en el círculo junto a todas las frases con las que esté más de acuerdo.

Mi defensor del paciente puede decidir por mí sobre:

- ☐ **recibir atención de salud mental en una clínica o en otro lugar que no sea un hospital.**
- ☐ **permanecer en un hospital para recibir atención de salud mental como paciente voluntario Sin embargo, aún puedo decirle al hospital que quiero irme en tres días.**
- ☐ **ir a un hospital para recibir atención de salud mental aunque no quiera ir.**
- ☐ **recibir medicamentos que puedan cambiar cómo me siento, pienso o actúo.**
- ☐ **recibir terapia electroconvulsiva (descargas eléctricas).**

Al firmar este formulario, acepto que el defensor del paciente que nombré tome las decisiones sobre mi atención de salud mental si dos médicos concuerdan en que no puedo tomar mis propias decisiones.

_____

(Firme aquí para otorgar estas potestades al defensor del paciente que usted designó) **Fecha**

_____

Fecha de nacimiento: (mes/día/año)

Notas

HENRY FORD HEALTH℠

English	English Henry Ford Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Let the health care team know if you need an interpreter. Henry Ford Health System provides language assistance services free of charge. For questions or additional information, email CommunicationAccess@hfhs.org
Spanish	Español Henry Ford Health System cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo. Informe al equipo de atención médica si necesita un intérprete. Henry Ford Health System ofrece servicios de asistencia de idioma sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, envíe un correo electrónico a CommunicationAccess@hfhs.org
Arabic	العربية يمتثل نظام Henry Ford Health System لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا يُميِّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس. يُرجى إخبار فريق الرعاية الصحية إذا كنت تحتاج إلى مترجم فوري. يوفر نظام Henry Ford Health System خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. للاستفسارات أو المعلومات الإضافية، أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CommunicationAccess@hfhs.org
Bengali	**বাংলা** Henry Ford Health System **ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীয় উত্পত্তি, বয়স, প্রতিবন্ধকতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না।** **আপনার কোনো দোভাষীর প্রয়োজন থাকলে তা হেল্থ কেয়ার টিমকে জানান।** Henry Ford Health System **বিনামূল্যে দোভাষী সহায়তা প্রদান করে। প্রশ্ন ও অতিরিক্ত তথ্যের জন্য এখানে ইমেল করুন**: CommunicationAccess@hfhs.org