

Instrucciones anticipadas para el cuidado de la salud

Introducción al formulario adjunto

El formulario provisto aquí ayudará a guiar las decisiones que necesitan tomarse acerca del cuidado de su salud, en caso que pierda la capacidad de comunicar sus deseos más directamente.

Para completar el formulario usted no necesita consultar a nadie –incluyendo familiares, un médico o un abogado– pero sería conveniente hacerlo. Puede ser muy útil pensar en sus objetivos para el cuidado de su salud, junto con las convicciones y los valores en los que están basados, con un amigo o familiar cercanos. Similarmente (y, tal vez, en primer lugar), asesorarse con su médico puede darle una comprensión invaluable acerca de las clases de situaciones de final de vida que el formulario busca abordar. Asesorarse con un abogado también puede ser útil, especialmente si el estado donde vive tiene requisitos legales específicos con relación a las instrucciones anticipadas.

Para averiguar si su estado tiene algún requisito especial, usted puede contactar a Legal Counsel for the Elderly, American Association of Retired Persons, P.O. Box 96474, Washington, DC 20090-6474 (teléfono: 202-434-2197). Algunos estados, por ejemplo, exigen que uno de los testigos sea un Notario Público, prohíben que ciertas personas sean su agente, o exigen el uso de un formulario del estado si el documento ha de tener valor legal (y no sólo de notificación). En la mayoría de los casos, se requiere un formulario para decisiones de cuidado de la salud aun cuando usted ya tenga un documento que otorga poder para otras decisiones.

Esta primera página y el formulario adjunto no constituyen asesoramiento legal. No obstante, están ideados para darle una forma de comunicar sus deseos de cuidado de la salud eficazmente, que puede resultar útil si usted se encuentra incapaz de hacerlo más directamente. Además, el formulario busca incorporar prácticamente todas las estipulaciones requeridas en la mayoría de los estados al momento de su publicación.

Las justificaciones éticas de las pautas incluidas en este formulario de instrucciones anticipadas, junto con los problemas éticos involucrados en decisiones sobre tratamientos del final de la vida, se tratan en un libro de 80 páginas de fácil lectura, con preguntas y respuestas, disponible del Centro para la Bioética y la Dignidad Humana, *End of Life Decisions*. Lo alentamos fuertemente a leer este libro y a pensar en los problemas que plantea, además de completar el formulario de instrucciones anticipadas.

Usted –como la persona cuyo cuidado de la salud es el foco de este formulario de instrucciones anticipadas– será llamado el “Principal”. El formulario incluye dos documentos en uno. Incluye un poder duradero para el cuidado de la salud, ya que especifica la persona (su “agente”) que tomará decisiones por usted, en caso que usted pierda la capacidad de hacerlo. También incluye pautas para un testamento en vida, ya que contiene pautas escritas –no para su médico, como en los testamentos en vida tradicionales–, sino para su agente (o sus agentes alternativos, si su agente no quiere o no puede actuar como agente suyo).

El formulario especifica que las pautas podrán ser desestimadas sólo cuando su agente considere que seguirlas produciría una acción contraria a los deseos de usted; por ejemplo, en situaciones excepcionales no anticipadas. Esta disposición evita el problema de la mayoría de las instrucciones anticipadas, que no indican si las instrucciones del testamento en vida o el juicio del agente tienen prioridad cuando ambos parecen estar en conflicto. Pero usted igual deberá escoger un agente que conozca los valores y deseos de usted, que pueda tomar decisiones difíciles, y que esté normalmente disponible.

Usted puede hacer copias libremente de este formulario y esta primera página, pero sólo para el uso personal de usted o de sus seres queridos, y no para ningún propósito comercial.

(DAR VUELTA)

Por favor note lo siguiente:

- 1) Si bien sólo se requiere identificar un tomador de decisiones (“agente”) en el documento, hay espacio para identificar dos tomadores de decisiones de respaldo adicionales (“agentes alternativos”). Identificar al menos un agente alternativo es una idea especialmente sensata.
- 2) Las firmas del agente y los agentes alternativos al final del documento no se requieren en la mayoría de los estados. Sin embargo, el obtenerlos asegura que todos los tomadores de decisiones identificados tengan la oportunidad de leer las instrucciones anticipadas –y tratarlas con usted también, supuestamente–, para que estén en una buena posición para respetar sus deseos, en caso que surja la necesidad.
- 3) Mantenga una copia de sus instrucciones anticipadas completadas en un lugar de fácil acceso en su hogar, y avise a las personas más cercanas a usted cuál es ese lugar. El agente y los agentes alternativos designados en el formulario también deberían recibir originales firmados del formulario, al igual que su médico, y su abogado, si tiene uno. Tenga una lista de quiénes tienen los originales, para saber a quiénes contactar si modifica su formulario. El formulario especifica que las fotocopias no son válidas, así que si usted actualiza y reemplaza los formularios originales, puede estar seguro de que las fotocopias desactualizadas no crearán confusión posteriormente con relación a sus últimos deseos.
- 4) Puede eliminarse cualquier palabra de las pautas con relación al cuidado de usted en la página 1 del formulario, simplemente tachándola. Cada vez que se elimine una palabra, la persona que produce las instrucciones anticipadas (el “Principal”) deberá firmar con sus iniciales al lado del material eliminado. Según se indica al inicio de la sección de las Pautas, usted puede eliminar todas las pautas y simplemente designar un agente.
- 5) Puede agregarse cualquier cosa a las pautas de la página 1 también. Para agregar material, registre sus instrucciones adicionales u otros comentarios en páginas separadas del formulario, adjunte esas páginas al formulario, y escriba la cantidad de páginas agregadas en el espacio designado al principio de la sección de Pautas. Si no hay ninguna página adicional, escriba “0” en ese casillero.
- 6) El formulario permite finalizar un tratamiento si ciertos criterios médicos se cumplen claramente, según uno o más médicos que lo han examinado personalmente a usted. Avise a su agente que, si bien un médico cercano a usted y de su confianza puede ser suficiente para tomar cualquier determinación médica involucrada, el agente debería obtener más opiniones médicas si hay alguna duda en cuanto a la competencia u objetividad del médico.
- 7) Hay dos casilleros abajo de la página 1 que le permiten especificar sus deseos con relación a la nutrición e hidratación artificiales (formas de alimento y agua administradas mediante tubos o líneas intravenosas para quienes no puedan tragar bien). Algunos creen que son obligatorias, aun cuando otras intervenciones tecnológicas sustentadoras de vida sean retenidas o removidas. Sin embargo, otros consideran que la justificación de alimento y agua artificiales –como la de aire artificial (brindado a través de un ventilador) y otras intervenciones sustentadoras de vida– depende de si pueden realmente permitir que la vida continúe o si en esencia agregan una carga a un proceso de muerte inminente e inevitable. Vea el libro de temas básicos de bioética, *End of Life Decisions*, pregunta 22.

Lo alentamos a agregar, en páginas adicionales, todo lo que le parezca con relación a sus convicciones de fe, sus valores personales y/o sus metas de cuidado de salud, a fin de dar a su agente el cuadro más completo posible de sus prioridades. Los puntos de vista de usted con relación a otros temas cubiertos en el libro *End of Life Decisions* también pueden incluirse aquí, como el cuidado que usted desea si queda discapacitado, demente, permanentemente inconsciente o con dolor severo. Por supuesto, parte o toda esa información puede ser transmitida verbalmente, si así lo prefiere.

Instrucciones anticipadas para el cuidado de la salud

(sólo son válidos los originales – las fotocopias son sólo para propósitos informativos)
(lea la Introducción adjunta de 2 páginas antes de completar este formulario)

Yo, _____
(nombre de la persona que hace estas Instrucciones Anticipadas: **el Principal**)

por la presente designo a: _____
(nombre de la persona facultada para tomar decisiones por el Principal: **el Agente**)

como mi “agente”, para actuar por mí y en mi nombre (de cualquier forma que podría actuar yo en persona), en caso que me vuelva mentalmente incompetente para tomar decisiones con relación a mi cuidado personal, tratamiento médico, hospitalización y cuidado de la salud, y para exigir, retener o retirar todo tipo de tratamiento o procedimiento médico, aun cuando pueda producirse mi muerte. Mi agente tendrá el mismo acceso a mis registros médicos que yo, incluyendo el derecho de divulgar su contenido a otros. Mi agente tendrá también el pleno poder para disponer de cualquier parte o de la totalidad de mi cuerpo para propósitos médicos, autorizar una autopsia y dirigir la disposición de mis restos.

(dirección del Agente)

(teléfono de día del Agente)

(teléfono de noche del Agente)

Pautas con relación a mi cuidado

Iniciale aquí _____ y tache el resto de la página si prefiere no incluir ninguna pauta.

Escriba aquí _____ la cantidad de páginas de instrucciones adicionales agregadas a este formulario de dos páginas

Las pautas en esta página (o en cualquier material adjunto a este documento) deberán ser seguidas, salvo cuando mi agente considera que seguirlas produciría una acción contraria a mis deseos.

- Quiero que todo procedimiento médico o de otro tipo considerado necesario por el médico que me atiende me brinde cuidado de alivio o de respeto.
- Quiero que mi vida sea prolongada, y quiero que se brinde o continúe un tratamiento sustentador de vida, salvo lo indicado abajo.

Finalización del tratamiento

Si se ha determinado claramente, por uno o más médicos que me han examinado personalmente, que mi muerte es inminente, aun con procedimientos que demoran la muerte:

- Indico que aquellos procedimientos que serían gravosos al prolongar el proceso de muerte sean retenidos o retirados.
- Bajo ninguna circunstancia deseo que se haga un suicidio asistido, eutanasia o ninguna otra acción con la intención de poner fin a mi vida.

Alimentos y fluidos

Mientras pueda tragar en forma segura, quiero que se me provean alimentos y fluidos. Si no puedo tragar suficientes alimentos y fluidos, una “x” en el casillero al lado de cualquiera de las dos afirmaciones abajo aclara cómo deseo que se maneje la nutrición y la hidratación artificiales (ej: tubo de alimentación o línea intravenosa).

- La nutrición e hidratación artificiales deben ser considerados obligatorios aun cuando otras intervenciones se retengan o retiren.
- La nutrición e hidratación artificiales deben estar sujetos a las mismas pautas como las demás intervenciones tecnológicas.

Competencia mental. Para los propósitos de estas Instrucciones Anticipadas, una persona será considerada incompetente si y mientras la persona es una menor, o es considerada por un tribunal como incompetente, o es incapaz de dar consideración oportuna e inteligente a asuntos de cuidado de la salud según certificación de un médico certificado.

Estas Instrucciones Anticipadas entrarán en vigencia cuando yo me vuelva incompetente y finalizarán cuando yo recupere mi competencia mental.

Agentes Alternativos. Si algún agente nombrado por mí se vuelve incompetente, renuente o no disponible de otra forma para actuar como mi agente, designo a los siguientes agentes alternativos (uno sólo estará facultado por vez):

_____	_____	_____
(Nombre: Primera elección)	(dirección)	
	_____	_____
	(teléfono de día)	(teléfono de noche)
_____	_____	_____
(Nombre: Segunda elección)	(dirección)	
	_____	_____
	(teléfono de día)	(teléfono de noche)

Firmas. Estoy plenamente informado acerca del contenido de este formulario y entiendo este otorgamiento de poderes a mi agente.

Principal: _____
(firma) (fecha)

(dirección) (teléfono)

El principal ha tenido la oportunidad de leer estas Instrucciones Anticipadas y ha firmado el formulario o reconocido su firma o marca en el formulario en mi presencia.

Testigo Nro. 1: _____
(nombre en letra de imprenta) (firma) (fecha)

(dirección) (teléfono)

Testigo Nro. 2: _____
(nombre en letra de imprenta) (firma) (fecha)

(dirección) (teléfono)

Firmas de muestra del agente
(y agentes alternativos)

Certifico que las firmas de mi agente
(y agentes alternativos) son correctos

Agente: _____

Principal: _____

Agente Alternativo Nro. 1: _____

Principal: _____

Agente Alternativo Nro. 2: _____

Principal: _____

*Formulario provisto por The Center for Bioethics and Human Dignity (www.cbhd.org)
2065 Half Day Road, Bannockburn, IL 60015, Teléfono: 847-317-8180, Email: info@cbhd.org*

Impreso el 01-06-04