Directiva del cuidado de salud

Visión de conjunto

Los adultos otorgados con la capacidad de hacer decisiones tienen todo el derecho de tomar decisiones sobre su atención médica. Ningún tratamiento se le administrará a usted si no lo desea.

El adjunto formulario de poder notarial para el cuidado de salud es un documento legal sobre la directiva del cuidado de salud, creado con el propósito de cumplir con los requisitos de los capítulos del código de Iowa 144B. Tal acta legal le permite designar a otra persona y alternar otras con respecto a su cuidado de salud y las decisiones que le corresponden cuando usted no las pueda hacer. La persona a quien usted dispone como el decisor de su cuidado de salud es su **agente de atención médica**.

Este formulario le otorga a su agente la autoridad de tomar decisiones de su salud sólo si:

- **Usted es incapaz de comunicar sus deseos y sus decisiones de atención médica debido a una enfermedad o una herida y**
- **Sus proveedores de atención médica han determinado que usted es incapaz de tomar las decisiones de su propia salud.**

Este formulario no le permite a su agente tomar decisiones sobre sus asuntos financieros u otros negocios personales. Según las leyes del estado de Iowa, "el cuidado de salud" equivale cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimientos para mantener, diagnosticar o atender su condición física/mental.

Tómese el tiempo necesario para leer con mucha atención este documento antes de que lo finalice. En este formulario usted puede catalogar el tipo de cuidado de salud que desea recibir y el que no. A la vez, usted puede limitar las opciones disponibles a su agente de atención médica. Es muy importante que usted discuta su perspectiva, sus valores personales y también este documento con su agente de atención médica. Si usted no involucra íntimamente su agente, es posible que sus perspectivas y sus valores no sean respetados a fondo por causa de un malentendido.

¿Qué tal si decido no completar el formulario de poder notarial para el cuidado de salud?

No es necesario firmar el formulario de poder notarial para el cuidado de salud. Nadie le puede obligar a tener este formulario para recibir servicios de salud: sean doctores, proveedores de seguros u hospitales. Bajo el código de Iowa en el capítulo 144B, su seguro de vida no puede ser cancelado si su cuidado de salud ha sido retirado o está detenido según sus deseos expuestos en este formulario. Aunque usted no está obligado a llenar este formulario, es importante saber que en algún momento en su porvenir, alguien más tendrá que tomar las decisiones de su cuidado de salud. Sin haber expuesto claramente su voluntad, le sería difícil a otra persona establecer su cuidado de salud. Al completar este formulario, usted podría

compartir tal información con su círculo de apoyo, con la intención de expresar sus deseos, y a la vez llegar a un acuerdo donde las posibles decisiones reflejen sus intenciones y sus valores personales.

¿Qué tal si decido cancelar mi formulario de poder notarial para el cuidado de salud?

Usted tiene todo el derecho de cancelar su formulario de poder notarial para el cuidado de salud en cualquier momento. Para suspender este documento deberían formarle a su Agente de atención médica o a cualquier otra persona. También sería importante comunicarse con su proveedor de atención médica. Incluso debería avisarle a cualquier otra persona a quien usted le haya dado una copia de este documento. Su formulario actual y válido anula las previas versiones.

Si su esposo/a es su agente de atención médica y se divorcian, el poder otorgado a su esposo/a por este documento es revocado. Si ustedes vuelven a casarse, tal este poder vuelve a establecerse a menos que usted lo haya cancelado.

¿A quién debo elegir como mi Agente de atención médica?

Un miembro de la familia o un amigo que:

- Tiene por lo menos 18 años de edad
- Lo/la conoce a usted bastante bien
- Está disponible cuando lo/la necesita
- Esta interesado/a en educarse sobre sus metas y sus valores sobre las decisiones de su cuidado de salud
- Incita confianza en hacer todo lo mejor para usted y sus deseos
- Es capaz de tomar decisiones bajo situaciones estresantes

¿Qué tipo de opciones tiene disponible mi Agente de atención médica?

Su agente puede decidir:

- Cuales doctores, enfermeras/os o asistentes sociales pueden proveerle atención médica
- Cuales hospitales o clínicas pueden tratar sus condiciones
- Qué tipo de medicinas, inmunizaciones/vacunas, pruebas u otros tratamientos que usted puede recibir

Poder notarial para decisiones del cuidado de la salud

Yo, _____, (fecha de nacimiento) _____,

elijo como mi **Agente de atención médica**:

Nombre: _____

Casa:_____ Celular: _____Trabajo:_____

Domicilio: _____

Autorizo a mi agente el poder de tomar decisiones de mi cuidado de salud en mi nombre. Este poder existe siempre y cuando yo sea incapaz, según al médico responsable, de tomar dichas decisiones sobre mi cuidado de salud. Mi Agente de atención médica debe proceder según mis deseos expresados en este documento o expresados de otra manera.

Si la primera persona no puede ser mi Agente de atención médica, opto por la siguiente persona que sea mi **Agente de atención médica alterno**:

Nombre: _____

Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Domicilio:_____ ____

Yo entiendo que mi Agente de atención médica:

- Tomará decisiones de mi parte **sólo y cuando** yo no pueda tomar mis propias decisiones según lo vea mi doctor
- Puede informarle a mi doctor que deje de darme cuidado médico aunque lo sea necesario para que me mantenga vivo.
- Puede tomar decisiones sobre todos los aspectos de mi cuidado médico incluyendo, pero no limitado a inmunizaciones y vacunas
- Puede elegir mis proveedores de atención médica, incluyendo hospitales, doctores y el cuidado terminal.
- Puede examinar mis registros médicos y compartir mi información según se recogen en la página 2 de este documento (véase página 2).
- Puede firmar formularios de liberación u otros documentos sobre mi tratamiento médico.
- Puede decidir si debería contribuir a un estudio de investigación.

Ahora cancelo todo el antepuesto poder notarial para decisiones del cuidado de la salud.

Iniciales _____
Fecha _____

Consentimiento para que mi Agente de atención médica actúe como mi representante personal y consentimiento para divulgar información protegida de salud

Autorizo a mi Agente de atención médica de actuar como mi representante personal para el propósito del *acta de portabilidad y responsabilidad de seguro de salud* (HIPAA) de 1996. Esto incluye las modificaciones de HIPAA durante cualquier momento en que mi Agente de atención médica esté actuando en mi nombre.

Le doy permiso a mi Agente de atención médica de pedir, recibir o examinar cualquier información sobre mi estado físico o mental. Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, compañía de seguros o demás negocios asociados con el cuidado de salud, de compartir mi información de atención médica personal de salud y mis registros médicos con mi Agente de atención médica. Todo esto incluye enfermedades médicas o mentales de mi pasado, mi presente o mi futuro, con respecto a mi capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de salud. Tal permiso incluye aquella información protegida por el HIPAA.

Entiendo que mi Agente de atención médica puede firmar autorizaciones, certificados u otros archivos necesarios para adquirir esta información. Mi Agente de atención médica también puede consentir la divulgación de mi información a otras personas. Esto significa que mi información ya no está protegida por el HIPAA.

También tengo el derecho de examinar cualquier información que comparto con mi Agente de atención médica

Con las iniciales de mi nombre y apellido, señalaré la información que mi Agente de atención médica **NO** puede tener acceso a:

_____ Alcohol, drogas y el abuso de otras sustancias

_____ Salud mental o conductual

_____ Enfermedades de transmisión sexual, el SIDA e información relacionada con el VIH

_____ Pruebas genéticas

Entiendo que el acceso a mi información personal de salud de mi Agente de atención médica termina cuando yo muera. Yo puedo cancelar este permiso y consentimiento a cualquier hora al avisarle a mi proveedor de atención médica.

X_____ _____/_____/_____

Firme su nombre Fecha

_____

Escriba su nombre

Iniciales _____

Fecha _____

Lista de deseos, disposiciones especiales o límites

Las secciones A – F detalladas a continuación son un conjunto de instrucciones específicas para mi Agente de atención médica y/o el médico o grupo de médicos a cargo de mi cuidado. Si necesito atención médica dentro de un estado el cual no reconoce este poder notarial para el cuidado de mi salud personal o mi Agente de atención médica no está disponible, quiero que sigan las siguientes instrucciones según la ley común y mi derecho legal de establecer mi propio cuidado de salud.

Instrucciones necesarias para cumplir con esta sección

No es necesario entregar instrucciones por escrito o hacer selecciones en esta porción. Si usted decide no dar ningún tipo de instrucciones, su Agente de atención médica tomará las decisiones basadas en:

- Sus instrucciones verbales
- Lo que parezca ser en su mejor beneficio

Si opta por no dar ninguna disposición, trace una línea y escriba "No instrucciones" a través de la página o secciones.

A. Personas que mi Agente de atención médica debería incluir en la toma de decisiones

Pido que mi Agente de atención médica haga el esfuerzo de incluir a las siguientes personas en las decisiones de mi cuidado de salud:

_____

_____

B. Religión / Fe:

(Escriba sus iniciales y complete la información para que se respecten sus deseos)

_____Yo pertenezco a la fe _____

_____ Pido a mi agente y grupo médico que contacte con mi grupo religioso. Persona de contacto y el número telefónico del centro religioso:

_____

_____ Mis peticiones religiosas o espirituales son:

_____

_____

_____ No soy religioso.

C. Mis deseos

Entiendo que recibiré atención médica para mantenerme cómodo/a tal como sea posible. Me ofrecerán medicamentos para el dolor. Me van a ofrecer comida y líquidos por vía oral si puedo bajarlos.

1. Tengo los siguientes peticiones adicionales para mi grupo médico:

   _____
   _____
   _____

2. Si es posible, me gustaría lo siguiente para mayor comodidad y apoyo (rituales, música, visitantes, etc.):

   _____
   _____
   _____

3. Las cosas que más me hacen apreciar la vida son:

   _____
   _____
   _____

4. Mis creencias sobre el punto en el cual ya no tiene valor seguir la vida:

   _____
   _____
   _____

5. Mis pensamientos y mis sentimientos sobre el lugar donde me gustaría morir:

   _____
   _____
   _____

6. Un mensaje para mi familia y mis amigos:

   _____
   _____
   _____

Iniciales _____
Fecha _____

D. La suspensión de tratamientos para prolongar mi vida si tengo una lesión cerebral permanente grave.

Si llega el momento donde yo ya no soy capaz de tomar decisiones por mí mismo/a y es innegable que vuelva a recuperar mi sentido o saber dónde estoy (escriba sus iniciales en esta línea si está de acuerdo que):

____ Yo quiero **detener o negar todo tratamiento requerido para prolongar mi vida**. Esto incluye pero no es limitado a sondas nasogástricas, fluidos intravenosos, medicamentos, respirador/ventilador (máquina de respiración), diálisis, productos de sangre y antibióticos.

E. Resucitación cardiopulmonar (RCP)

RCP es un tratamiento empleado para reestablecer el ritmo del corazón y la respiración cuando ambos hayan suspendido su función. Esto incluye:

- compresiones de pecho
- medicinas por medio de sus venas
- descargas eléctricas
- tubos de respiración

Entiendo que RCP tiene la capacidad de salvar vidas. A la vez, entiendo que esto puede fallar con personas que sufren de problemas crónicos de salud y/o de una enfermedad intratable.

Mi voluntad sobre RCP puede ser reconsiderada por mi Agente de atención médica a la luz de mis demás instrucciones o nueva información médica. Mi Agente de atención médica puede actuar en mi nombre si yo no puedo tomar mis propias decisiones.

Si yo no quiero que intenten RCP, informen a mi doctor de mi voluntad. Si indico a continuación que yo no quiero RCP, entiendo que esta decisión por si sóla no detendrá al personal de emergencias de emprender con RCP durante una emergencia. Otros documentos son necesarios en el caso de detener las acciones del personal de emergencias.

Escoja una de las siguientes opciones Anote con sus iniciales.

____ **Yo quiero que intenten RCP**.

____ **Yo quiero que intenten RCP** a menos que mi proveedor/a de cuidado de salud decida decide cualquier de las siguientes situaciones:

- Tengo una enfermedad incurable o herida y me estoy muriendo; O
- Tengo pocas posibilidades de sobrevivir; O
- RCP me haría más daño que ayudarme.

____ **Yo no quiero que intenten RCP**. Más bien, yo quiero permitir una muerte natural.

F. Después de mi muerte

(Escriba sus iniciales en la sección que refleja sus deseos)

La donación de órganos:

____ Yo quiero donar si lo es posible, mis órganos, mis tejidos y mis ojos. Mis deseos específicos son:

____ Yo estoy registrado con la sociedad de donantes del estado de Iowa.

____ Mi licencia de conducir está marcada con "Y" para designar "sí".

____ Yo no quiero donar mis órganos, mis tejidos o mis ojos.

Donación de cuerpos:

Una **alternativa distinta** es donar su cuerpo. Tal arreglo necesita realizarse **antes** de su fallecimiento. Si usted desea donar su cuerpo después de su muerte al campo de la ciencia médica, favor de comunicarse con una de las siguientes escuelas.

- Universidad de Iowa Colegio de Medicina Carver (319) 335-7762
  Departamento de Anatomía y Bilogía Celular

- Escuela de Medicina Osteopática en Des Moines (515) 271-1481
  Departamento de Anatomía

____ Yo he registrado mi cuerpo para ser donado a _____

Iniciales _____
Fecha _____

Cómo hacer este documento legal

Para que este formulario sea válido, éste debe ser reconocido o debe ser en testimonio de **una** de las siguientes maneras:

- Debe ser firmado por usted ante la presencia del notario público en el estado de Iowa.

O

Debe ser firmado por dos testigos. Ellos dos y usted deben estar presentes al firmar el documento en persona.

Si usted opta por usar testigos, ellos tienen que:

- Tener por los menos 18 años de edad
- Presenciar a usted firmar este documento
- Presenciar a los demás testigos firmar este documento

Su testigo no puede:

- Ser su Agente de atención médica o el agente alternativo de atención médica
- Ser el proveedor de atención médica que lo está atendiendo a usted el día que firman este documento.
- Trabajar para su proveedor de atención médica

Además, uno de los testigos no puede:

- Ser familiar suyo por medio de sangre, matrimonio o adopción

Firme su nombre en la X y escriba la fecha por debajo:

X _____ _____/ _____ / _____ __

Firme su nombre (o la firma de su elegido designado) Fecha

_____

Escriba su nombre (o el nombre de su elegido designado)

_____

Domicilio Ciudad Estado Código postal

Si usted es físicamente incapaz de firmar el documento, puede invitar a otra persona a firmar por usted ante su presencia **y** de notario público u sus dos testigos.

No puedo firmar mi nombre porque:

_____

Si no puedo firmar mi nombre, pido que la siguiente persona (persona designada) firme por mí (escriba el nombre):

_____

Firma (de la persona solicitada para firmar):

_____

Iniciales _____

Fecha _____

Notario Público

Estado de (_____) Condado de (_____)

Este documento fue reconocido delante de mí el _____ (fecha)

por _____ _____
Nombre de la persona o Nombre de la persona designada

_____
Firma del notario publico

Sello/Estampa
O

Testigos

Al firmar, yo afirmo que _____, y los otros testigos registrados, firmaron este formulario mientras yo miraba (personalmente o por parte de una persona asignada. También declaro que:

- Yo los conozco personalmente o ellos pueden comprobar quienes son
- Yo tengo más de 18 años de edad
- yo no soy su Agente de atención médica o agente alternativo de atención médica
- Yo no soy su proveedor de atención médica
- Yo no trabajo para su proveedor de atención médica

Uno de los testigos también debe afirmar que:

- No soy familiar de ellos por medio de sangre, matrimonio o adopción

Testigo #1 (Firme su nombre en la X y escriba la fecha por debajo):

X _____ _____/ _____ / _____
Firme su nombre Fecha

_____
Escriba su nombre

_____
Domicilio Ciudad Estado Código postal

Testigo #2 (Firme su nombre en la X y escriba la fecha por debajo):

X _____ _____/ _____ / _____
Firme su nombre Fecha

_____
Escriba su nombre

_____
Domicilio Ciudad Estado Código postal

Iniciales _____
Fecha _____

¿Qué debo hacer con este formulario después de rellenarlo?

- Cuando usted haya terminado con su directiva del cuidado de salud, debe: Informarle a quien haya nombrado como su Agente de atención médica si aún no lo ha hecho. Asegúrese que la persona se siente capaz de cumplir con esta responsabilidad por usted en el futuro.
- Haga copias:
  - 1 copia para usted
  - 1 copia para su agente de atención médica y cualquier agente de atención médica alterno
  - 1 copia para compartir y discutir con su doctor o otros proveedores de atención médica
  - 1 copia para el hospital donde lo han tratado o al hospital adonde iría en caso de emergencia
  - copias adicionales para compartir con otros (amigos, familiares, clero, abogado)

Una copia de este documento posee la misma validez jurídica que la original.

Copias de este documento se le darán o se le han dado a:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____