



# Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan) (haga clic en "Español")

# Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis elecciones, mi cuidado

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

## Introducción

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica le permiten compartir sus valores, sus elecciones y sus instrucciones acerca de su futura atención médica. Este formulario puede utilizarse para:

- nombrar a una persona de su confianza para que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted (su agente de atención médica),
- proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro;
- nombrar un agente de atención médica Y dar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

**La Parte 1** le permite nombrar a un agente de atención médica.

**La Parte 2** le da la oportunidad de decir lo que es importante para usted.

**La Parte 3** da instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

**La Parte 4** expresa sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

**La Parte 5** valida legalmente sus instrucciones por anticipado para la atención médica en el estado de Virginia.

**La Parte 6** lo prepara para compartir sus deseos y este registro con otras personas.

Las personas con una afección terminal pueden dar instrucciones por anticipado verbalmente en presencia de un médico adjunto y dos testigos.

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica reemplazarán otras instrucciones por anticipado para la atención médica que usted haya llenado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar o cambiar a su agente designado, deberá firmar y escribir la fecha en una cancelación por escrito; cancelar físicamente o destruir su registro o indicar a alguien que lo haga en su presencia o expresar verbalmente su deseo de cancelar el documento. Su cancelación entrará en vigor cuando se le avise a su médico adjunto.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



## Parte 1. Mi agente de atención médica

*Cómo elegir un agente de atención médica: Elija a alguien que lo conozca bien, alguien en quien usted confíe que respetará sus puntos de vista y valores y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes. Una vez que haya escogido a su agente de atención médica, tómese un tiempo para hablar sobre sus opiniones y objetivos de atención con esa persona.*

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones acerca de mi atención médica y mi médico y otro médico calificado o psicólogo clínico declaran por escrito que no puedo tomar una decisión informada sobre mi atención médica, elijo a las siguientes personas para hacer cumplir mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica.

Mi agente de atención médica debe tomar las decisiones de atención médica idénticas a las instrucciones que manifiesto en este documento y con mis deseos conocidos. Si mi agente no conoce mis deseos, debe tomar las decisiones de atención médica que, según su criterio, sean mejores para mí, teniendo en cuenta lo que conoce sobre mis valores personales.\*

Este formulario no le otorga a mi agente de atención médica el poder para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.

### Mi agente de atención médica principal es:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_

Si cancelo el poder de mi agente principal de atención médica o si mi agente principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, nombro a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de agentes sustitutos.

### Primera opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_

### Segunda opción de agente sustituto para la atención médica:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación conmigo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_

\*La autorización anterior para tomar decisiones de atención médica no implica lo siguiente si falta una orden judicial:

1. Esterilización no terapéutica
2. Cirugía únicamente para psicocirugía
3. Aborto



### **Facultades de mi agente de atención médica:**

**A menos que indique lo contrario, mi agente de atención médica tiene la facultad que se menciona a continuación cuando yo no esté en condiciones de hablar por mí mismo o de tomar mis propias decisiones:**

- A. Tomar decisiones por mí en relación con mi atención médica. Esto incluye las decisiones acerca de exámenes, medicamentos y cirugía. También implica decisiones para brindar, no brindar o detener todas las formas de atención médica para mantenerme con vida, que incluye la alimentación por sonda y los líquidos por vía intravenosa (IV).
- B. Revisar y entregar mis registros de salud, según sea necesario, para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones me proporcionarán la atención médica.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre la donación del cuerpo completo, de órganos, tejido o de ojos para la investigación y educación.

### **Otras facultades de mi agente de atención médica:**

Marque la casilla a continuación si desea que su agente tenga las siguientes facultades:

- Deseo que mi agente siga siendo mi agente de atención médica, aunque se haya producido la disolución, la anulación o la finalización de nuestro matrimonio o relación de pareja doméstica.

*Incluya cualquier comentario o límite adicional que desee a la sección anterior. (Por ejemplo, puede nombrar a las personas que usted desea o no desea que tengan participación en las decisiones que se tomen en su nombre. Además, puede especificar las decisiones que no desea que tome su agente). Adjunte páginas adicionales, según sea necesario.*



## Parte 2. Mis valores

Deseo que mi agente y mis seres queridos sepan qué me importa más, para que puedan tomar decisiones acerca de mi atención médica que vayan de acuerdo con quién soy y con lo que es de gran importancia para mí.

Para darle una idea de lo que es más importante para mí, me gustaría contarle algunas cosas sobre mí, por ejemplo, cómo me gusta pasar mi tiempo, con quién me gusta estar y qué me gusta hacer. También me gustaría contarle acerca de las circunstancias en que la vida ya no tendría sentido para mí.

### 1. Si hoy fuera un día realmente bueno, estaría haciendo lo siguiente:

### 2. Lo más importante para mí es:

### 3. La vida ya no tendría sentido para mí si no pudiera:



### **Parte 3. Mis instrucciones de atención médica: mis elecciones, mi cuidado**

*En la siguiente situación, le pedimos que piense en un evento repentino e inesperado. Si puede, usted siempre hablará por usted mismo, pero en esta situación, usted no puede hablar por usted mismo.*

Si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones, solicito que mi agente de atención médica represente mis decisiones, según se indica a continuación, y que mis médicos y mi equipo de atención médica las respeten. Si mi agente de atención médica o mis agentes sustitutos no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos.

*Nota: Si usted decide no dar instrucciones por escrito, su agente de atención médica tomará las decisiones de acuerdo con sus deseos verbales. Si no se conocen sus deseos, su agente tomará decisiones basándose en lo que crea que es lo mejor para usted, teniendo en cuenta sus valores.*

#### **1. Atención para prolongar la vida**

##### **Tenga en cuenta las siguientes situaciones:**

*Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino.*

*Los médicos han diagnosticado una lesión cerebral que le impedirá reconocerse a sí mismo o a sus seres queridos. Los médicos han informado a su agente o a su familia que no se espera que pueda recuperar estas capacidades. Para poder mantenerlo con vida, se necesitan tratamientos que mantienen la vida, como el uso de un respirador artificial (es decir, una máquina de respiración) o una sonda de alimentación. En esta situación, ¿qué es lo que desearía?*

##### **Desearía que me mantengan cómodo y:**

- elija una opción** {
- Desearía que DETENGAN el tratamiento que mantiene la vida. Entiendo que es probable que esto provoque mi muerte antes de lo que sucedería si continuara con el tratamiento.
  - Desearía que los tratamientos que mantienen la vida continuaran tanto como fuera posible.

*Dé instrucciones adicionales sobre los tratamientos que mantienen la vida. Por ejemplo, es posible que quiera indicar un lapso específico de tiempo durante el cual desee que lo mantengan vivo si no hay cambios en su salud.*

## 2. RCP (reanimación cardiopulmonar)

La RCP trata de devolver la vida a una persona cuando deja de respirar y de latirle el corazón. Puede involucrar compresiones cardiacas (ejercer presión sobre el tórax para que el corazón se contraiga), medicamentos, choques eléctricos y la colocación de un tubo de respiración.

Tiene opciones acerca de la RCP. Ésta puede salvar vidas. No es tan eficaz como la mayoría de las personas creen. La RCP funciona mejor si se hace con rapidez, a los pocos minutos, en un adulto sano. Cuando se realizan maniobras de RCP, se pueden producir fracturas de costilla, perforación de los pulmones o daño cerebral como consecuencia de la falta de oxígeno.\* Si le gustaría obtener información adicional sobre la RCP, pida el folleto llamado **CPR: My Choice** (RCP: mi elección).

### Si su corazón deja de latir y usted deja de respirar, ¿qué desearía?

- elija una opción** {
- Quiero que siempre me hagan maniobras de RCP.
  - No quiero que me hagan maniobras de RCP, prefiero que se me permita morir de manera natural.†
  - Quiero que me hagan maniobras de RCP, a menos que el médico que me trata determine alguna de las siguientes condiciones:
    - tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo, O
    - no tengo posibilidades razonables de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene, O
    - tengo pocas posibilidades de sobrevivir si mi corazón deja de latir o si dejo de respirar, y el proceso de reanimación me causaría un dolor grave.

\* Las investigaciones indican que si está en el hospital y le hacen RCP, usted tiene un 22% de probabilidades de que las maniobras funcionen y salir del hospital con vida.

Ehlenbach, W., Barnato, A. E., Curtis, J. R., et al (2009). Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 361:22-31. Girotra, S., Brahmajee K., Nallamothu, M.D., et al (2012). Trends in survival after cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 167:1912-20.

† Si está seguro de que no quiere recibir RCP, hable con su médico de otros documentos que es posible que desee llenar con él.



## Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional)

### 1. Mis pensamientos y sentimientos acerca de dónde preferiría morir:

### 2. Quiero que mis seres queridos sepan que si estoy cercano a mi muerte, me gustaría tener lo siguiente para mi comodidad y apoyo (oraciones, rituales, música, etc.):

### 3. A filiación religiosa o espiritual:

Soy \_\_\_\_\_ (religión) y soy miembro de (grupo religioso/espiritual) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ en (ciudad), \_\_\_\_\_  
(número de teléfono) \_\_\_\_\_. Me gustaría que mi agente les diga si estoy gravemente enfermo o estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):

### 4. Otros deseos e instrucciones:

#### Donación de órganos

Si está interesado en donar sus órganos cuando muera, puede declarar su condición de donante al obtener o renovar la licencia de conducir registrándose en el registro de donantes que se encuentra en <http://www.donatelifevirginia.org/> (en inglés).





## Parte 5. Validación legal de este documento

Para que sus instrucciones por anticipado para la atención médica tengan validez legal en Virginia, deben estar firmadas por dos testigos adultos.

### Dos testigos

1. Cualquier persona mayor de 18 años, el cónyuge, otro miembro de la familia o proveedor de atención médica.
2. Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
3. Usted firmará a continuación.
4. Los testigos firmarán en la página 9.

### MI FIRMA

Nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:**

Declaro bajo pena de falso testimonio según las leyes de Virginia que:

1. Conozco personalmente a la persona que firmó o aprobó estas instrucciones por anticipado para la atención médica o que se presentaron pruebas convincentes de su identidad;
2. La persona firmó o aprobó estas instrucciones por anticipado para la atención médica ante mí;
3. La persona parece estar en su sano juicio y sin el uso de la fuerza, fraude o influencias indebidas.

**Primer testigo:**

Nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Segundo testigo:**

Nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Parte 6. Siguiendo pasos

Ahora que ha terminado de redactar sus instrucciones por anticipado para la atención médica, también debería dar los siguientes pasos.

### Converse:

1. Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su agente (si todavía no lo ha hecho). Asegúrese de que puede llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
2. Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan involucrarse si usted tuviera una enfermedad o una lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su agente de atención médica y cuáles son sus deseos.

### Entregue copias:

1. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su agente de atención médica.
2. Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su médico o al Departamento de Historias Clínicas de Kaiser Permanente local.
3. Haga una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

### Llévelas con usted:

1. Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos o para enfermos graves lleve una copia de sus instrucciones médicas por anticipado para el cuidado de salud y pida que la incluyan en su historia clínica.
2. Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo largo.

### Revise frecuentemente:

1. Revise sus deseos sobre atención médica cuando se presente alguna de las "cinco D":
  - Década:** cada vez que empiece una nueva década de su vida.
  - Defunción:** cuando sufra la muerte de un ser querido.
  - Divorcio:** cuando se divorcie o experimente otro cambio importante en su familia.
  - Diagnóstico:** cuando le diagnostiquen una afección médica grave.
  - Deterioro:** cuando sienta un deterioro o desmejoramiento importante de una afección médica existente, en especial cuando no pueda vivir solo.

### Cómo cambiar sus instrucciones por anticipado para la atención médica:

Si sus deseos cambian, llene un documento de instrucciones por anticipado para la atención médica nuevas, avise a su agente y a su familia y dé una copia a Kaiser Permanente.

### Se han entregado copias de este documento a:

- Agente primario (principal) para la atención médica      Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Agente de atención médica suplente n.º 1      Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Agente de atención médica suplente n.º 2      Nombre completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Proveedor de atención médica/clínica      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Otros:      Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



# Planificación para el CUIDADO DE LA VIDA

my values, my choices, my care

¿Necesita ayuda adicional?  
[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan) (haga clic en "Español")

[kp.org/espanol](http://kp.org/espanol)

