



# capitahealth

## Planee su atención médica con anticipación: voluntades anticipadas

Esta información sirve para ayudarlo a saber qué son las voluntades anticipadas y por qué debería contar con una. Tiene el derecho de tomar sus propias decisiones médicas y decidir si quiere que se le practiquen, retiren o interrumpan procedimientos médicos o quirúrgicos destinados a prolongar su salud.

### ¿Qué son las voluntades anticipadas?

Una voluntad anticipada es un documento que le informa a los médicos y a los hospitales sobre la atención médica que usted desea en el caso de que usted no pueda hacerlo por su cuenta. Una voluntad anticipada también puede estipular si usted desea donar sus órganos después de morir. Si se enferma o lesiona de gravedad o sufre la pérdida de la capacidad mental, una voluntad anticipada puede hacer lo siguiente:

- (1) Elegir el tipo de atención médica que usted desee. De esta manera, aquellos que cuidan de usted no tendrán que suponer qué desea si está demasiado enfermo como para comunicárselos usted mismo.
- (2) Designar a una persona para que tome las decisiones médicas por usted si no puede hacerlo por su cuenta.

### ¿Por qué debo considerar escribir una voluntad anticipada?

Si ya no puede tomar las decisiones por su cuenta, aquellos que velan por usted no tendrán que suponer qué es lo que usted desea. También evita discrepancias entre los familiares que no están de acuerdo con su tratamiento.

### ¿Qué instrucciones debo considerar incluir en mi voluntad anticipada?

Si está preocupado respecto de ciertos tratamientos, la voluntad anticipada debe estipular qué es lo que quiere y qué no. Si existen afecciones médicas que le puedan provocar no querer ningún tipo de tratamiento médico, incluido el tratamiento médico que lo mantiene vivo, usted deberá estipular esto en la voluntad anticipada. También deberá estipular en la voluntad anticipada si desea que se tomen todas las medidas necesarias para mantenerlo vivo. Puede enumerar los tratamientos que desea y los que no desea en la voluntad anticipada.

### ¿Por qué debo designar a un representante de atención médica en la voluntad anticipada?

Incluso si su voluntad anticipada proporciona instrucciones, pueden ocurrir cosas en las situaciones o en los tratamientos médicos recomendados por sus médicos que no fueron previstas por usted cuando escribió la voluntad

anticipada. Su representante de atención médica puede hablar con sus médicos sobre sus deseos respecto de su tratamiento médico y puede tomar decisiones en representación suya.

La voluntad anticipada le puede otorgar a su representante de atención médica la facultad de tomar decisiones médicas por usted o limitarles las decisiones que usted quiera que se tomen. Es importante que sepa que su representante de atención médica puede discutir las decisiones médicas con sus familiares, pero su representante es la única persona que puede tomar las decisiones finales por usted.

### **¿Quién puede ser mi representante de atención médica?**

Un “representante de atención médica” es la persona que usted elige para recibir su información médica y para tomar decisiones médicas por usted cuando ya no puede hacerlas. Usted puede nombrar a cualquier adulto de su confianza mayor de 18 años como su representante de atención médica; este puede ser un cónyuge, su pareja del mismo o del sexo opuesto, uno de los padres, un hermano(a), un hijo(a), un amigo(a).

Debe hablar con su representante de atención médica sobre sus deseos para que sepa lo que usted quiere.

### **¿Puedo hacer cambios o revocar mi voluntad anticipada?**

Sí. Puede revisar su voluntad anticipada de la misma manera que la creó. Usted puede revocar su voluntad anticipada en cualquier momento.

### **¿Cuándo entra en vigencia mi voluntad anticipada?**

Una voluntad anticipada entra en vigencia cuando sucede lo siguiente:

- (1) Un médico determina que no puede tomar decisiones respecto de su atención médica y
- (2) Esto se presenta ante su médico tratante o institución médica.

Su voluntad anticipada se mantendrá vigente mientras no pueda tomar decisiones médicas por su cuenta. Si su condición mejora y tiene la capacidad de tomar decisiones, usted volverá a tener la facultad de tomar las decisiones nuevamente.

### **¿Cómo creo una voluntad anticipada?**

Puede crear una voluntad anticipada en cualquier momento. La voluntad anticipada deberá estar de la siguiente manera:

1. firmada y fechada por usted, o según sus indicaciones, y
2. con la presencia de dos testigos adultos presentes que especifiquen que usted tiene una condición mental sana y que no está bajo coerción o influencia indebida o ante funcionario público o abogado.

Adjunto a este documento hay una muestra que puede usar para preparar sus voluntades anticipadas.



**capitahealth**

Minds Advancing Medicine

**Voluntad anticipada para la atención médica (Testamento vital)**

Dirigido a mis familiares, médicos y otros involucrados en mi atención médica:

A. Yo, \_\_\_\_\_, en estado de mente sana, por el presente, declaro y haga saber mis instrucciones y deseos para mi atención médica futura en el caso de que por algún tipo de incapacidad física o mental, no tenga la capacidad de participar en las decisiones concernientes a mi atención médica.

B. Marque la oración o las oraciones con las que está de acuerdo: (seleccione n.º 1 o n.º 2, no ambas)

- 1. \_\_\_\_\_ Dispongo que se lleven a cabo todas las medidas médicas necesarias para mantenerme vivo, independientemente de mi condición física o mental.
- 2. \_\_\_\_\_ En el caso de experimentar un deterioro físico o mental extremo por el cual no haya una expectativa razonable de recuperación o de restauración de una calidad de vida significativa, no se iniciarán las medidas que tengan el objetivo de prolongar mi vida; en el caso de que ya se hayan iniciado, se deberán interrumpir. Aquellos procedimientos o tratamientos que tienen por objeto mantenerme vivo que podrían ser interrumpidos o revocados pueden incluir, entre otros, los siguientes: (marque las declaraciones que usted considere importantes)

- \_\_\_\_\_ No quiero una resucitación cardíaca
- \_\_\_\_\_ No quiero respiración mecánica
- \_\_\_\_\_ No quiero ser alimentado por sonda o por cualquier otra forma artificial o invasiva de nutrición (comida) o hidratación (agua)
- \_\_\_\_\_ No quiero sangre ni derivados de la misma
- \_\_\_\_\_ No quiero ningún tipo de operación o pruebas de diagnóstico invasivas
- \_\_\_\_\_ No quiero diálisis renal
- \_\_\_\_\_ No quiero recibir antibióticos

Estoy al tanto de que si no indico específicamente mis preferencias respecto a cualquiera de las formas de tratamiento enumeradas previamente, puedo recibir dicha forma de tratamiento.

- 3. \_\_\_\_\_ Declaro que recibiré la atención médica adecuada para aliviar mi dolor y mantenerme cómodo.

C. Comentarios adicionales o instrucciones: \_\_\_\_\_

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

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para obtener más información, llame a la Defensoría del Paciente (Patient Advocate):  
Regional Medical Center: ext. 6336 Hopewell Medical Center: ext. 4280**



**Poder legal duradero para la atención médica  
(Representante de atención médica: apoderado)**

Por el presente, designo a la siguiente persona como mi **representante de atención médica** para tomar decisiones en relación a la aceptación, el rechazo o la interrupción del tratamiento en conformidad con mis deseos, según se estipula en este documento. En el caso de que mis deseos no estén claros o si se presenta una situación que no anticipé, mi representante de atención médica tiene mi autorización para tomar decisiones de acuerdo a mis mejores intereses, con base en lo que se conoce como mis deseos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Representante alternativo:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

He analizado mis deseos con estas personas y confío en sus criterios en representación mía. Entiendo el objetivo y el efecto de este documento y lo firmo a conciencia, de manera voluntaria y después de una deliberación minuciosa.

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

**Testigo:** (no puede ser el representante de atención médica ni el representante alternativo)

Declaro que la persona que firmó este documento o que le pidió a otra persona que firme este documento en su representación, lo hizo en mi presencia, lo conozco personalmente y parece estar en pleno uso de su facultad mental y libre de influencia indebida.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para obtener más información, llame a la Defensoría del Paciente (Patient Advocate):  
Regional Medical Center: ext. 6336      Hopewell Medical Center: ext. 4280**