

INSTRUCCIONES PARA MÉDICOS, LA FAMILIA O SUSTITUTOS

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante conocido como documento de instrucciones previas. Está diseñado para ayudarlo a comunicar sus deseos sobre tratamiento médico en el futuro, en caso de que no pueda expresar sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos por lo general se basan en valores personales. En particular, quizás debería considerar qué dificultades o adversidades relacionadas con un tratamiento está dispuesto a aceptar a cambio de una cierta cantidad de beneficios obtenidos si usted estuviese gravemente enfermo.

Se le recomienda que comente estos valores y deseos con su familia o con quien usted elija como portavoz, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención médica o el centro médico puede proporcionarle diversos recursos para ayudarlo a completar el documento de instrucciones previas. A continuación encontrará definiciones breves que pueden ayudarlo a analizar y planificar sus instrucciones previas. Marque con sus iniciales las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Entregue una copia del documento a su médico, su hospital habitual y a su familia o portavoz. Considere revisar este documento periódicamente. Con dicha revisión se asegurará de que sus instrucciones previas reflejen sus preferencias.

Además de este documento de instrucciones previas, la legislación de Texas proporciona otros dos tipos de instrucciones que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Estos son el poder médico y la orden de no reanimar en un entorno extrahospitalario. Es posible que quiera analizar estos otros documentos con su médico, su familia, un representante del hospital u otros asesores. También es posible que desee completar un documento con instrucciones sobre la donación de órganos y tejidos.

DEFINICIONES

Nutrición e hidratación artificiales significa la administración de nutrientes o líquidos mediante una sonda insertada en una vena, debajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tracto gastrointestinal).

Afección irreversible significa una afección, lesión o enfermedad que:

- (1) puede tratarse, pero no logra eliminarse o curarse nunca;
- (2) deja a una persona incapaz de cuidarse a sí misma o de tomar sus propias decisiones; y
- (3) es mortal sin un tratamiento de soporte vital administrado según el estándar de atención médica prevalente.

Explicación: muchas enfermedades graves, como el cáncer, la insuficiencia de órganos importantes (riñón, corazón, hígado o pulmón) y las enfermedades cerebrales graves, como el mal de Alzheimer, pueden considerarse irreversibles en etapas tempranas. No tienen cura, pero el paciente podría mantenerse con vida por períodos prolongados si recibe tratamiento de soporte vital. Más adelante en el transcurso de la misma enfermedad, podría considerarse terminal cuando se prevé que el paciente morirá aunque reciba tratamiento. Tal vez desee considerar qué dificultades del tratamiento estaría dispuesto a aceptar como parte de un esfuerzo para lograr un resultado en particular. Esta es una decisión muy personal que tal vez desee comentar con su médico, su familia o con otras personas importantes en su vida.

Tratamiento de soporte vital significa tratamiento que, según el criterio médico razonable, sirve para mantener con vida a un paciente y sin el cual el paciente moriría. Este término incluye los medicamentos de soporte vital y el soporte vital artificial, como los respiradores, la diálisis renal y la nutrición e hidratación artificiales. Este término no incluye la administración de medicamentos para controlar el dolor, la realización de un procedimiento médico necesario para brindar cuidados paliativos o cualquier otro tipo de atención médica brindada para aliviar el dolor de un paciente.

Afección terminal significa una afección incurable causada por una lesión o enfermedad que, según el criterio médico razonable, producirá la muerte dentro de los seis meses, aunque se brinde tratamiento de soporte vital según el estándar de atención médica prevalente.

Explicación: muchas enfermedades graves se consideran irreversibles en las etapas tempranas, pero tal vez no se consideren terminales hasta que la enfermedad está bastante avanzada. Al pensar sobre una enfermedad terminal y su

tratamiento, nuevamente se le recomienda que considere los beneficios y las dificultades relacionados con el tratamiento y comentar sus deseos con su médico, su familia o con otras personas importantes en su vida.

INSTRUCCIONES

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una asociación de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos decisiones en conjunto sobre la atención médica mientras esté en mi sano juicio y tenga capacidad de dar a conocer mis deseos. Si llegara el día en que no fuera capaz de tomar decisiones médicas sobre mí mismo debido a una enfermedad o lesión, indico que se respeten las siguientes preferencias de tratamiento:

Afección terminal

Si, según el criterio de mi médico, tengo una afección terminal y se prevé que me producirá la muerte dentro de los seis meses, aunque me brinden tratamiento de soporte vital según el estándar de atención médica prevalente:

(Marque con sus iniciales la opción de tratamiento que mejor refleja sus preferencias personales en caso de una afección terminal)

_____ Solicito que se interrumpan o retengan todos los tratamientos que no sean aquellos que se necesitan para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir tan dignamente como sea posible.

_____ Solicito ser mantenido vivo con esta afección terminal mediante el tratamiento de soporte vital que se encuentre disponible.

(ESTA OPCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS)

Afección irreversible

Si, según el criterio de mi médico, tengo una afección irreversible que no me permite cuidarme a mí mismo ni tomar decisiones y se prevé que muera si no recibo tratamiento de soporte vital según el estándar de atención médica prevalente:

(Marque con sus iniciales la opción de tratamiento que mejor refleja sus preferencias personales en caso de una afección irreversible)

_____ Solicito que se interrumpan o retengan todos los tratamientos que no sean aquellos que se necesitan para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir tan dignamente como sea posible.

_____ Solicito ser mantenido vivo con esta afección irreversible mediante el tratamiento de soporte vital que se encuentre disponible.

(ESTA OPCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS)

Requisitos adicionales

(Luego de conversar con su médico, tal vez desee usar este espacio para enumerar los tratamientos específicos que quiere o no quiere recibir en circunstancias particulares, tales como nutrición y líquidos artificiales, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de indicar si quiere o no quiere el tratamiento específico.)

Después de firmar estas instrucciones, si mi representante o yo optamos por los cuidados paliativos, entiendo y estoy de acuerdo que solo recibiré los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y que no me brindarán los tratamientos de soporte vital disponibles.

Si no tengo un poder médico y no soy capaz de expresar mis deseos, designo a las siguientes personas para que tomen decisiones de tratamiento, junto con mi médico, que sean compatibles con mis valores personales:

(NOTA: si ya ha firmado un poder médico, significa que ha designado a un agente y no deberá incluir ningún otro nombre en este documento.)

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Si las personas designadas no están disponibles, o si no he designado un portavoz, entiendo que dicho portavoz será elegido en mi nombre de acuerdo con las disposiciones especificadas por la legislación de Texas. Si, a criterio de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de horas o minutos, incluso con el uso de todos los tratamientos médicos disponibles provistos según el estándar de atención médica prevalente, acepto que se interrumpan o retiren todos los tratamientos excepto aquellos necesarios para mantenerme cómodo. Entiendo que estas instrucciones no serán válidas según la legislación de Texas si se determina que estoy embarazada. Estas instrucciones serán válidas hasta que las revoque. Ninguna otra persona podrá hacerlo.

Firmado _____ Fecha _____

Ciudad, condado, estado de residencia _____

OPCIÓN 1: FIRMADO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES

A continuación deberán firmar dos testigos adultos competentes para autenticar la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar decisiones de tratamiento en nombre del paciente ni puede estar relacionada con el paciente por consanguinidad o matrimonio. Este testigo no podrá tener derecho a parte de la herencia del paciente ni a reclamar parte de su herencia. Este testigo no podrá ser el médico tratante ni un empleado del médico tratante. Si este testigo es un empleado del centro médico donde se atiende al paciente, el testigo no podrá participar en la atención directa del paciente. Este testigo no podrá ser un funcionario, director, asociado o empleado de las oficinas administrativas del centro médico donde se atiende al paciente ni de una organización matriz del centro médico.

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

U

OPCIÓN 2: FIRMADO EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO

Estado de Texas,

Condado de _____

Este instrumento fue autenticado ante mí el _____ (fecha) por _____ (nombre en letra de imprenta del notario público que autentica).

(Firma del notario público)
NOTARIO PÚBLICO, estado de Texas

(SELLO PERSONAL)

Nombre en letra de imprenta del notario: _____

Mi cargo vence el: _____