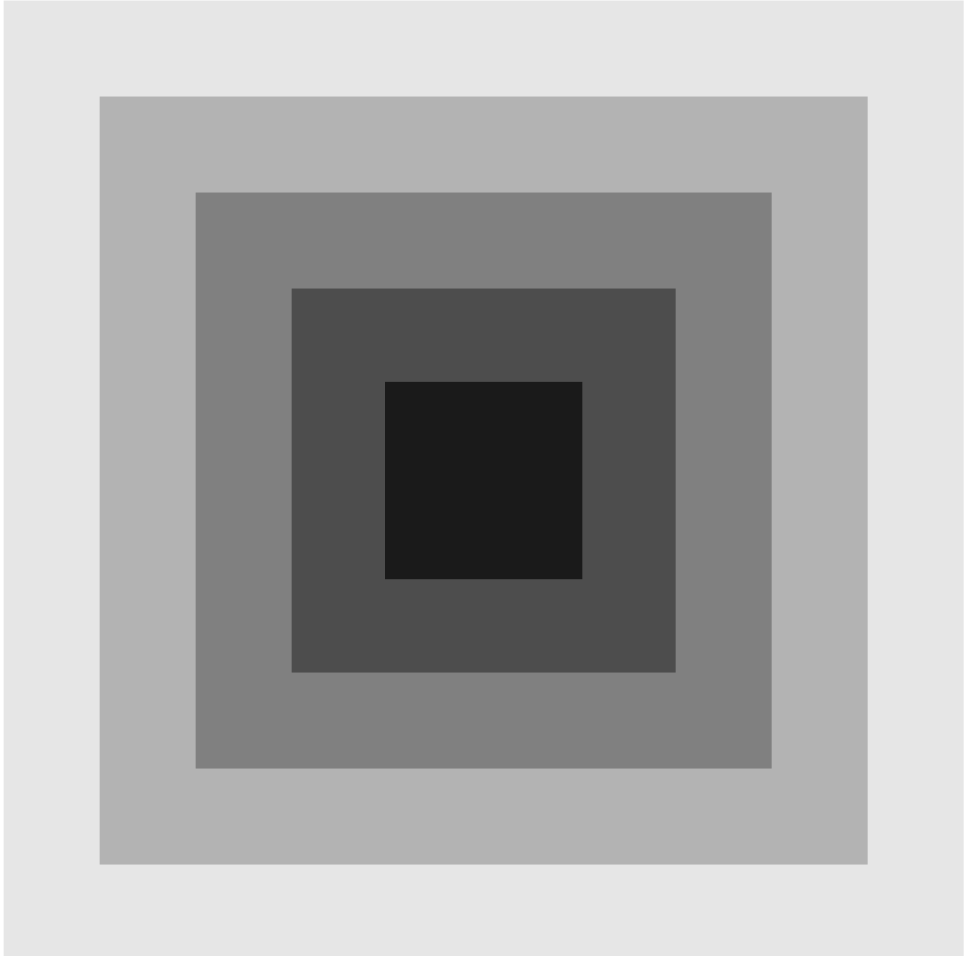


SU DERECHO A DECIDIR

SU DERECHO A DECIDIR

SU DERECHO A DECIDIR

SU DERECHO A DECIDIR



Comunicar sus decisiones de atención de salud



Introducción

En 1990, el Congreso aprobó la Ley de autodeterminación del paciente. Esta ley exige a las instituciones de atención de salud que le informen a los pacientes y a las personas de sus comunidades sobre sus derechos conforme a la ley de Virginia para tomar decisiones sobre su atención médica. Estos derechos incluyen el derecho de aceptar o rechazar la atención y el derecho de redactar instrucciones anticipadas respecto a su atención.

Nunca se sabe si un accidente o enfermedad grave nos dejará incapacitados para tomar decisiones sobre nuestra atención de salud. Para su tranquilidad es importante que piense y hable sobre sus valores y deseos respecto a la atención médica, y los ponga por escrito.

Términos importantes

Instrucciones anticipadas:

Un documento legal para todas las personas de 18 años o más redactado con el fin de dar instrucciones relacionadas con la atención médica futura. El formulario de instrucciones

anticipadas contiene secciones para llenar un testamento vital y nombrar a un apoderado para decisiones de atención de salud (poder para atención médica). Las instrucciones anticipadas entran en vigencia sólo cuando usted es incapaz de expresar sus deseos.

Apoderado para decisiones de atención de salud (poder para atención médica):

Nombra a un adulto para tomar decisiones de atención de salud por usted si no es capaz de tomarlas por usted mismo. Entra en vigencia cuando no pueda tomar decisiones por usted mismo. La persona nombrada no es responsable por sus cuentas médicas.

Testamento vital:

Explica sus deseos respecto a atención médica si tiene una enfermedad terminal o se encuentra en estado vegetativo permanente. En el documento puede especificar los procedimientos para prolongar la vida que desee o no desee recibir en un hospital. El testamento vital se refiere a la atención médica y no tiene nada que ver con la distribución de su propiedad.

Preguntas y respuestas

¿Qué son los procedimientos “para prolongar la vida”?

Éstos incluyen reanimación cardiopulmonar (RCP) usada para restablecer la respiración o los latidos cardíacos interrumpidos; hidratación (agua) y nutrición

(alimento) a través de sondas; uso de ventiladores (máquinas que respiran por usted); antibióticos intravenosos, diálisis renal y otros tratamiento médicos y quirúrgicos. No se espera que estos tratamientos curen una enfermedad terminal ni que mejoren su estado de salud y puede que prolonguen la muerte. No incluyen los tratamientos necesarios para brindarle comodidad o aliviar el dolor.

¿Cuándo se usan mis instrucciones anticipadas?

Las instrucciones médicas anticipadas se usan cuando es incapaz de tomar una decisión informada. Se usan si no es capaz de entender el resultado probable de una decisión médica, sopesar los riesgos y beneficios de esa decisión o comunicarse de ninguna forma. Su médico y otro médico o psicólogo decidirán si éste es el caso. Mientras no esté incapacitado, se le preguntará sobre sus decisiones y no se utilizarán sus instrucciones anticipadas.

¿Cómo elijo a una persona para nombrarla como apoderado para tomar decisiones de atención de salud?

La ley estipula que la persona que elija no puede tomar decisiones que sepa que contradicen sus creencias religiosas, valores fundamentales y deseos establecidos. Debe nombrar a dos personas para que en caso de que la primera no esté disponible, se pueda contar con la segunda. Comunique sus instrucciones y preferencias a su familia y apoderado para que todos comprendan cuales son sus deseos. Esto se puede hacer a través de una conversación general, instrucciones por escrito específicas o mediante una carta que explique sus valores, pensamientos y sentimientos personales.

¿Se seguirán mis instrucciones anticipadas en caso de urgencia si no puedo dar a conocer mis deseos?

A menudo, el personal médico de urgencia, incluidos los equipos de rescate, no pueden respetar sus deseos en una instrucción anticipada si los llaman para ayudarlo en un caso de urgencia. En Virginia, un médico puede emitir una orden específica sobre reanimación (ayuda de urgencia si se detiene el corazón o la respiración) llenando un formulario de orden permanente de “no intentar reanimación” de Virginia.

Si muero producto de mi rechazo al tratamiento para prolongar la vida, ¿mi muerte se considerará suicidio?

La Ley de decisiones de atención de salud estipula expresamente que si se sigue una instrucción anticipada y el paciente muere, la muerte no constituye suicidio y no anulará una póliza de seguro de vida.

¿Debo tener una instrucción anticipada?

Puede dar a conocer sus deseos oralmente frente a testigos si tiene una enfermedad terminal. Una instrucción anticipada es una forma de asegurarse de que su médico y seres queridos sepan la atención de salud que desea cuando no pueda decírselos. Puede llenar una o las dos secciones de las instrucciones anticipadas. La ley exige que los proveedores de servicios de salud no discriminen a las personas producto de tener o no tener instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no puedo tomar decisiones y no tengo instrucciones anticipadas?

La ley de Virginia indica las personas que pueden tomar las decisiones sobre su atención médica en caso de no haber instrucciones anticipadas. El orden de las personas que toman estas decisiones (representante) es: tutor designado por el tribunal; cónyuge, si no se ha presentado demanda de divorcio; hijos adultos; padres; hermanos adultos; otros familiares. Si ninguna persona mencionada puede tomar las decisiones por usted, un juez puede decidir el tratamiento que sea mejor. La ley de Virginia no reconoce el matrimonio de hecho.

¿Necesito un abogado que me ayude a redactar mis instrucciones anticipadas?

No necesita a un abogado para que le ayude a preparar ninguna sección de las instrucciones anticipadas pero puede que lo encuentre útil ya que este folleto no tiene el propósito de brindar asesoría legal. El formulario aprobado de Virginia se adjunta a este folleto. Las pautas para llenar instrucciones anticipadas están al reverso. Las leyes varían un poco de un estado a otro por lo que tiene que informarse sobre las leyes del estado donde está su domicilio principal. En Virginia no es necesario que las instrucciones anticipadas se legalicen ante notario.

Se pueden hacer copias y éstas serán respetadas. Hay una tarjeta de bolsillo adjunta a este folleto que puede llenar y llevar consigo para dar a conocer sus deseos cuando no tenga en su poder las instrucciones anticipadas reales.

¿Qué sucede si cambio de parecer después de firmar una instrucción anticipada?

Puede revocar una instrucción anticipada en cualquier momento llenando una nueva, estableciendo verbalmente su deseo de revocarla o destruyendo su instrucción anticipada en persona o mediante un tercero. Debe revisar periódicamente su instrucción anticipada para asegurarse de que aún refleje sus deseos.

¿Cómo sabrá mi médico que tengo una instrucción anticipada?

Todos los hospitales y establecimientos de atención de salud deben preguntarle a los pacientes si tienen una instrucción anticipada y proporcionar el formulario o un documento con su contenido. Es su responsabilidad dar una copia a su médico, hospital y cualquier otra persona que elija.

¿Qué más debo saber?

Llenar una instrucción anticipada es parte de un proceso llamado Planificación anticipada de la atención. Esto incluye entender su enfermedad y sus decisiones de atención; pensar en sus creencias, valores y metas de tratamiento; hablar sobre estos pensamientos con su familia, amigos, clérigo, médico, apoderado y luego hacer una planificación y proporcionar copias según se explica en este folleto.

¿Dónde puedo obtener más información sobre las instrucciones anticipadas?

Para obtener más información o ayuda, hable con su médico o abogado. Para obtener ayuda en UVA, llame al Departamento de Representantes del Paciente al 924-8315. Para presentar reclamos sobre el hospital, comuníquese con el Centro para servicios de atención de salud de calidad y protección del cliente, del Departamento de Salud de Virginia, al 1-800-955-1819. Para obtener información sobre la donación de órganos, tejidos y córneas llame a LifeNet al 1-800-847-7831. Para obtener más información sobre las órdenes permanentes de no intentar reanimación, llame a la oficina de Servicios Médicos de Urgencia (EMS) de Virginia al 1-800-523-6019.

Aviso a los proveedores de servicios de salud:



Yo, _____ firmé una

instrucción anticipada con fecha _____
Designé al siguiente apoderado para decisiones de atención de salud

Nombre del apoderado suplente _____ Teléfono _____

Nombre del apoderado principal _____ Teléfono _____
Comentarios: _____

Su rol como apoderado para decisiones de atención de salud

Para: _____ Usted fue elegido por _____ para ser su apoderado para decisiones

de salud. Le pueden solicitar tomar decisiones médicas si la persona queda incapacitada para tomar sus propias decisiones. Es importante que se tomen el tiempo de hablar abiertamente a fin de entender las preferencias para la atención médica futura. Las decisiones que le pueden pedir que tome de acuerdo a las creencias religiosas, valores fundamentales y preferencias establecidas de la persona incluyen:

- interrumpir o iniciar la atención o los servicios médicos, como exámenes, medicamentos y cirugía;
- revisar y divulgar las historias clínicas si es necesario y trasladar a la persona a otro establecimiento;
- los profesionales de la salud y las organizaciones que pueden brindar atención y las personas que pueden hacer visitas;
- dar consentimiento para cualquier participación en una investigación en seres humanos o donación de órganos.

PAUTAS PARA LLENAR LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

1. Lea atentamente este folleto. Piense en su salud, valores, creencias y metas de tratamiento.
2. Haga preguntas. Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales pueden responder preguntas o ayudarle a llenar el formulario. Se puede comunicar con los representantes del paciente de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. llamando al 924-8315. Se puede comunicar con los supervisores de enfermería llamando al PIC 1523 durante las noches y los fines de semana. Se puede comunicar con los capellanes llamando al PIC 1391 para obtener ayuda en situaciones relacionadas con problemas espirituales, éticos y emocionales. Puede comunicarse con el Servicio de Consultas Éticas llamando al PIC 1712 para obtener ayuda a fin de resolver dilemas éticos.
3. Considere elegir a un apoderado para decisiones de salud. Su apoderado debe tener más de 18 años. Se le pedirá a su apoderado que hable por usted y sea su defensor. Debe elegir a una persona que pueda hacer preguntas para obtener la información necesaria para tomar las decisiones y que pueda sobrellevar situaciones estresantes. Cuando elija a un apoderado:
 - Pregúntele a esta persona si está dispuesta a aceptar esta responsabilidad.
 - Hable con dicha persona sobre sus deseos respecto a los tratamientos y la atención médica. Al hablar aclara sus deseos y evita que a su apoderado le cueste decidir si está “haciendo lo correcto” en cuanto a sus decisiones de atención de salud, incluso si no está de acuerdo con los deseos establecidos previamente.
 - Déle a su apoderado la tarjeta de información adjunta a este folleto llamada “Su rol como apoderado para decisiones de atención de salud” y cualquier otra información escrita que le pueda ayudar en caso de que tenga que tomar decisiones.
4. Llene cualquiera o las tres casillas del formulario y tache cualquier casilla que no desee llenar.
5. Firme y feche el formulario donde se indica. Debe contar con dos adultos, con los que no tenga una relación consanguínea ni conyugal, con el fin de que sirvan como testigos para su firma.
6. Guarde el original en un lugar seguro e informe a las personas con quien vive dicho lugar. Déle una copia a su hospital, médico, apoderado, familia y amigos. Mantenga una lista de las personas que tienen una copia. Lleve una copia al hospital cuando lo hospitalicen.
7. Llene la tarjeta adjunta y guárdela en su billetera.
8. Lea sus instrucciones anticipadas de vez en cuando, especialmente cuando haya un cambio en su salud o situación familiar. Si desea cambiarlas, llene un formulario nuevo, distribúyalo y destruya todas las copias antiguas.

Información adaptada de Virginia Hospital and HealthCare Association (804) 747-8600
(SEGÚN LO APROBADO CONFORME A LA LEY FEDERAL)

Information adapted from Virginia Hospital and HealthCare Association (804) 747-8600
(AS APPROVED UNDER FEDERAL LAW)

NOTAS:



Le he dado una copia de dicho documento a:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Deseo hacer una donación anatómica de los siguientes órganos y tejidos.

Firma _____ Fecha _____

En caso de urgencia, mi médico es _____



1500001

PATIENT NAME _____ MR# _____

DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO DE VIRGINIA

(Virginia Advance Medical Directive)

Este formulario con pequeñas variaciones, es el formulario aprobado por la Asamblea General de Virginia (Virginia General Assembly) en la Ley de Decisiones para el Cuidado de la Salud (Health Care Decisions Act). El formulario contiene una porción del “Testamento en Vida” (Living Will), una porción del “Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud” (Durable Power of Attorney for Health Care) y una porción en la cual usted puede nombrar a un agente para hacer una donación anatómica. Puede completar cualquiera de estas porciones del formulario o todas ellas. La ley de Virginia no requiere el uso de este formulario en particular para hacer una directiva por adelantado válida. Si usted tiene preguntas legales sobre este formulario, o le gustaría elaborar un formulario diferente para satisfacer sus necesidades particulares, debería hablar con un abogado.

Yo, _____, de forma deliberada y voluntaria hago saber mis deseos y por la presente declaro:

(Tache este cuadro si usted no quiere nombrar a un agente que tome decisiones sobre el cuidado de la salud por usted).

Porción del “Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud” de la Directiva Médica por Adelantado

Por medio de la presente, nombro al/a la siguiente como mi agente primario/a para que tome decisiones para el cuidado de la salud por mi.

Agente Primario/a _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____

Si mi agente primario/a no estuviese disponible o es incapaz o no quiere tomar decisiones por mi, nombro a la siguiente persona como mi agente sustituto/a:

Agente Substituto/a _____ Número de Teléfono _____

Dirección _____

Otorgo a mi agente la autoridad para tomar todas las decisiones médicas de mi parte cuando haya sido determinado que yo soy incapaz de tomar una decisión informada sobre si proporcionar, retener o retirar el tratamiento médico. *(La frase “incapaz de tomar una decisión informada” quiere decir que yo soy incapaz de entender la naturaleza y los probables resultados de una decisión médica o incapaz de sopesar los riesgos y beneficios de la decisión comparados con los riesgos y beneficios de cualquier alternativa, o incapaz de comunicar de cualquier forma).* La autoridad de mi agente tendrá validez durante el tiempo que yo sea incapaz de tomar una decisión informada.

La determinación de que yo soy incapaz de tomar una decisión informada deberá ser hecha por mi médico y por un segundo médico o psicólogo clínico con licencia, después de haberme examinado y deberá ser certificado por escrito antes de que el tratamiento sea retenido o retirado y antes o tan pronto como sea razonablemente posible después de que el tratamiento sea proporcionado. Si el tratamiento que mi agente ha solicitado continuará durante más de 180 días, los dos médicos deberán volver a examinarme y renovar el certificado antes del día 180.

Para tomar las decisiones para el cuidado de la salud por mi, mi agente deberá cumplir las instrucciones que he dado en este documento, o cualquiera de mis deseos que son conocidos por mi agente de otra forma. Mi agente deberá guiarse por la información sobre mi condición médica y cualquier otra información que le sea dada por mis médicos acerca de la intrusión, dolor, riesgos y efectos secundarios que pueden ser causados por el tratamiento o no tratamiento. Mi agente no deberá tomar una decisión la cual, él o ella sabe o debería saber es contraria a mis creencias religiosas o mis principios básicos, bien si yo los hubiese indicado por escrito o simplemente hablado sobre ellos en una conversación. Si mi agente no puede determinar lo que yo hubiese escogido para mi mismo, en ese momento mi agente deberá escoger por mi basándose en lo que él o ella cree es en mi mejor beneficio. El hecho de tomar decisiones para el tratamiento médico por mi no hará a mi agente responsable del pago de mis gastos médicos.

También otorgo a mi agente, si yo soy incapaz de tomar una decisión informada, la autoridad para dar el consentimiento para cualquier participación en investigación humana (investigación clínica) que consista en (1) investigación terapéutica y (2) investigación no terapéutica que no cree más que un menor incremento sobre el riesgo mínimo para mi. *[Tache esta declaración si usted no quiere dar esta autoridad a su agente. Su agente para dar consentimiento para la participación en una investigación clínica no podrá ser un empleado de la institución que esté llevando a cabo la investigación].*

OPCIÓN: Poderes de mi agente: *Tache cualquier declaración que usted no quiera y añada cualquier declaración que usted quiera.*

- A. Dar consentimiento o rechazar o retirar el consentimiento para cualquier tipo de cuidado médico, tratamiento, procedimiento quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, medicamento y el uso de procedimientos mecánicos u otros procedimientos que afecten cualquier función corporal, incluyendo, pero no está limitado a respiración artificial (ser puesto en un aparato para administrar respiración artificial), nutrición e hidratación administrada artificialmente de forma intravenosa o usando un tubo de alimentación, y resucitación cardiopulmonar (CPR). Esto incluye el poder para dar el consentimiento a las cantidades de medicamentos para aliviar el dolor por encima de las dosis recomendadas para poder aliviar el dolor, incluso si la mayor cantidad pudiese hacerme adicto o acelerar mi muerte inintencionadamente.
- B. Pedir, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, referente a mi salud física o mental; incluyendo pero no está limitado a expedientes médicos y de hospital y a dar consentimiento para la divulgación de esta información;
- C. Emplear y despedir a mis proveedores de cuidados de la salud;
- D. Para tomar decisiones con respecto a la visitas.
- E. Para dar consentimiento a participar en cualquier investigación humana (investigación clínica) investigaciones de carácter terapéutico o no terapéutico que no me cause mas que un riesgo mínimo a mi persona.
- F. Acceder a mi admisión a o a ser dado de baja de cualquier hospital, hospicio, residencia para ancianos, residencia para adultos o cualquier otro centro de cuidados médicos, que no sean para el tratamiento de una enfermedad mental que requiera procedimientos de admisión estipulados en el Código de Virginia Sección 37.1-63 et seq. (Va. Code Section 37.1-63 et seq.); y
- G. Tomar cualquier acción legal para llevar a cabo estas decisiones incluyendo el otorgar la descarga de responsabilidad a aquellos que proporcionan mi cuidado médico.

(Tache este cuadro si usted no quiere hacer un testamento en vida en este formulario)
Porción de "Testamento en Vida" de la Directiva Médica por Adelantado

Si mi médico determinase en cualquier momento que tengo una condición en **fase terminal***, en la que un tratamiento para prolongar la vida solamente serviría para prolongar mi muerte artificialmente, yo ordeno que todos los tratamientos para prolongar la vida sean retenidos o retirados, y que se me permita morir naturalmente. Continuaré recibiendo medicamento para el dolor y cualquier operación u otro cuidado necesario para disminuir el dolor o hacerme sentir más cómodo.
*(*Terminal significa bien: (1) es razonablemente probable que yo no pueda recuperarme y que mi muerte ocurrirá muy pronto o (2) estoy en un "estado vegetativo persistente" o permanentemente inconsciente).*

OPCIÓN: Ordeno específicamente que me sean proporcionados los siguientes procedimientos o tratamientos:

Si no soy físicamente capaz de tomar decisiones médicas acerca de si quiero procedimientos para prolongar la vida, este testamento en vida deberá ser respetado por mi familia y médico como mi declaración final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y los resultados de mi decisión aceptados.

(Tache este cuadro si usted no quiere nombrar a un agente para hacer una donación anatómica por usted)
Nombramiento de un Agente para Hacer una Donación Anatómica

Después de mi muerte, ordeno que se haga una donación anatómica de todo o parte de mi cuerpo conforme a la ley aplicable de Virginia (Va. Code Section 32.1-289 et seq.) y de acuerdo con mis instrucciones debajo, si las hubiese. Nombro como mi agente para hacer esta donación a:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Además ordeno que : _____

(Instrucciones, si las hubiese, en lo concerniente a esta donación, por ejemplo para donación de órgano, investigación o educación médica).

Esta directiva por adelantado no cesará en caso de que yo quede incapacitado. Al firmar debajo, indico que soy emocionalmente y mentalmente competente para hacer esta directiva por adelantado y que entiendo el propósito y efecto de este documento.

Fecha _____ Firma _____

Esta directiva por adelantado fue firmada en mi presencia. No soy cónyuge ni pariente de sangre de la persona que lo firma.

Fecha _____ Testigo _____

Fecha _____ Testigo _____