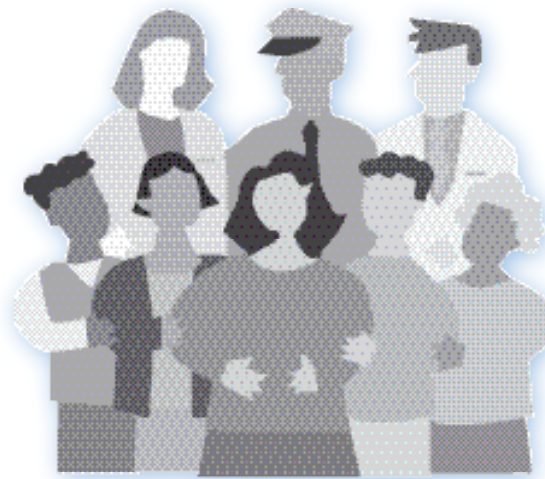


# La Planificación del Cuido Avanzado



## La Compasión y el Apoyo al Fin de la Vida

Como **mantener el control,**  
**alcanzar la paz mental,**  
y **asegurar que sus deseos son respetados**



Para Residentes de NY



Un concesionario independiente sin fin lucrativo de la Asociación de BlueCross BlueShield

## **La Planificación del Cuido Avanzado: ¿Qué es?**

La Planificación del Cuido Avanzado es un proceso de planificar para el cuidado médico del futuro en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones. Es un proceso continuo y no solo un documento o evento aislado. La Planificación del Cuido Avanzado le asiste a preparar por una enfermedad inesperada por la cual se espera recuperar, tanto como el proceso de morir y, últimamente, la muerte.

**La Planificación del Cuido Avanzado es un obsequio para usted y su familia. Es un paso importante de asegurar que sus deseos son respetados si usted no puede hablar por si mismo.**

### **El Proceso de La Planificación del Cuido Avanzado incluye lo siguiente:**

- Estar educado sobre el tema.
- Explorar, clarificar, y documentar sus valores, creencias y metas.
- Escoger un **Portavoz** (el “Agente” identificado en el “Apoderado de Cuido de Salud”) y un **Alternativo** (el “Agente Alternativo” identificado en el “Apoderado de Cuido de Salud”) para trabajar con los médicos para tomar decisiones por usted en caso de que no pueda hablar por si mismo
- Revisar sus deseos y expectativas sobre la muerte con su Portavoz (“Agente”), Alternativo, y las personas en que confía y/o aquellas decisiones que impactarán la manera en que usted muera, e.g., familia, consejero espiritual, médicos, abogados
- Completar las formas del Apoderado del Cuido de Salud de Nueva York y el Testamento de Vida (también conocido como Directivas del Cuido Avanzado, o Directivas) que identifica a su portavoz (“Agente”) y Alternativo y especifique sus deseos
- Revisar y poner al día estas formas periódicamente o después de un evento de gran alteración de vida.
- Tener conversaciones seguidas y poner al día sus deseos y sus expectativas sobre la muerte con su Portavoz (“Agente”), Alternativo, aquellos en que confía y/o aquellos en quienes le pueden cuidar cuando se acerca a la muerte.

La Planificación del Cuido Avanzado comienza con conversaciones sobre familiares u otros individuos de confianza, tales como amistades, médicos, etc. El proceso desarrolla la confianza y establece relaciones entre familia, amistades cercanos, profesionales del cuidado de salud u otros que le cuidarán o estarán con usted cuando se acerque a la muerte. **La Planificación del Cuido Avanzado permite tranquilidad de espíritu para usted y su familia por medio de reducir la incertidumbre y ayude a evitar la confusión y el conflicto sobre su cuidado.**

### **Recuerde:**

Las Directivas aplican **sólo** cuando surja la necesidad y usted no pueda hablar por si mismo.

**Por favor visítenos en: [www.compassionandsupport.org](http://www.compassionandsupport.org)**

Partes de este folleto han sido adaptadas con el permiso de los materiales originalmente publicado por Partnership for Caring, Inc., 1620 Eye Street, NW, Suite 202, Washington, DC 20006 1-800-989-9455  
Excellus Health Plan, Inc. es responsable por el contenido.

© 2002 Excellus Health Plan, Inc.

## Cómo Clarificar sus Valores y Creencias

Mucha gente tiene opiniones fuertes sobre qué sería importante para ellos al final de sus vidas. Otros quieren asegurarse que ciertas cosas que les disgusta o temen se eviten. Por lo tanto, es importante que usted tome tiempo para explorar sus propios valores y creencias.

Después de investigar sus valores y creencias, es importante que su portavoz ("Agente") y Alternativo, familia, amistades, consejeros espirituales, médicos, y abogados entiendan sus valores y creencias específicas. Abajo hay algunas preguntas para que usted las piense y las hable con su portavoz ("Agente") y Alternativo para asegurar que el/ella entiende y puede actuar por usted.

### **Preguntas Exploratorias para Sus Sentimientos sobre El Cuido del Final de Vida**

*Instrucciones: Por cada línea, márque una respuesta para expresar qué importante serían estos asuntos si se estuviera muriendo.*

	No es Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante	Extremamente Importante
a. Evitar el dolor/sufrimiento, aunque signifique que no viviría tanto tiempo				
b. Estar alerta, aunque signifique que estaría en dolor				
c. Estar alrededor de mi familia y amistades cercanas				
d. Poder sentir a alguien tocándome				
e. Tener consejeros religiosos y espirituales a mi lado cuando me muero				
f. Poder contar la historia de mi vida y dejar buenas memorias para otros				
g. Reconciliar las diferencias y diciendole "adios" a mi familia y a mis amistades				
h. Estar en casa cuando me muero				
i. Estar en un hospital cuando me muero				
j. Que me mantengan vivo suficientemente para que mi familia puede estar a mi lado para verme antes de morir, aunque esté inconsciente				

*¿Cuáles son algunas cosas que desearía para hacer sus últimas semanas, días, o horas lo más tranquilo?*

*¿Cuáles son sus mayores expectativas sobre el final de su vida?*

*¿Cuáles son sus mayores temores sobre el final de su vida?*

La información contenida en éstas páginas viene del Proyecto ©EPEC, La Fundación de Robert Wood Johnson, 1999.

## **Escogiendo un Portavoz del Cuido de Salud**

Es importante escoger un Portavoz de Cuido de Salud (el “Agente” identificado en el “Apoderado de Cuido de Salud”) porque **ésta persona asegurará que se cumple con sus deseos basado en los valores y las creencias que usted haya previamente expresado y hablado.**

Adicionalmente, usted también debe de escoger a un Alternativo (el “Agente Alternativo” identificado en el Apoderado de Cuido de Salud”) para substituir si su Portavoz primario (“Agente”) no puede o no está disponible.

Usted indica a su Portavoz (“Agente”) y Alternativo usando un documento legal titulado “La Forma de Apoderado de Salud de Nueva York”. Ésta forma identifica a su Portavoz (“Agente”) – el individuo que usted haya elegido para tomar decisiones sobre su cuidado médico – incluyendo decisiones sobre el soporte de vida – si ya no puede hablar por si mismo(a).

### **Qué Tener en Mente Cuando Elige a un Portavoz**

Ésta persona debe:

- Cumplir con el criterio legal (adulto competente, por lo menos 18 años)
- Estar dispuesto(a) a hablar en nombre de usted
- Estar dispuesta a actuar según sus deseos
- Poder separar sus propios sentimientos de los suyos
- Vivir cerca o estar dispuesto(a) a venir
- Conocerle bien
- Entender lo que le importa a usted
- Estar dispuesto(a) a hablar con usted ahora y ser susceptible a sus deseos
- Estar dispuesto(a) a escuchar a sus deseos
- Poder trabajar con aquellos dándo el cuidado para cumplir de acuerdo a sus deseos
- Estar disponible en el futuro
- Poder manejar conflictos potenciales entre su familia, amistades
- Poder manejar la responsabilidad

### **Preguntas para la Persona que Usted Elegiría como su Portavoz**

Es posible que su Portavoz (“Agente”) tendría que hablar por usted en varias circunstancias. Estas situaciones podrían incluir aquellas que contradicen las opiniones y creencias de su Portavoz (“Agente”) u otros preocupados por su bienestar. **Abajo hay preguntas para hablar con el individuo(s) que usted considera elegir como su Portavoz (“Agente”).** Al hablar de éstas preguntas con el posible Portavoz (“Agente”) antemano, le ayudará a sentirse seguro que la persona elegida para esta función es el/la mejor para hablar por usted cuando usted no lo puede hacer.

1. ¿Respetará mis deseos y necesidades, aunque sean diferentes de lo que eran antes, o si piensa que son raras o tontas?
2. Si no puedo hablar por mi mismo(a), ¿se asegurará que se cumple con lo que yo he pedido aunque usted seleccionaría diferentes opciones para usted?
3. ¿Hablará conmigo abiertamente y con cariño sobre cualquier asunto que no se ha resuelto entre nosotros y escuchar si necesito pedir perdón o disculpa por cualquier cosa que le he hecho sufrir en el pasado?
4. ¿Hablará conmigo sobre mi muerte inminente – mis temores, mis penas, mis alegrías y agradecimientos?
5. ¿Se cuidará por sí mismo para que no esté agotado por mi enfermedad?
6. ¿Se quedará conmigo aunque la situación se ponga difícil?
7. ¿Buscará información sobre mi enfermedad y qué esperar según me ponga más enfermo(a) y me acerque al final de la vida?

## **Hablando con Su Médico Sobre Sus Deseos**

Su médico u otros profesionales del cuidado de salud que le están cuidando cuando esté seriamente enfermo(a) o muriéndose podrían tomar una parte importante para asegurar que sus deseos se entienden y se cumplen. Al hablar con su médico u otros profesionales claves de su cuidado de salud con tiempo, sobre lo que a usted le importa, les ayuda. A ese tiempo, pregúntales sobre el tipo de apoyo que usted necesitaría y si ellos le podrían proveer este apoyo.

**Usted tiene el derecho de participar en la planificación de su cuidado de salud aunque usted pierda la capacidad de tomar decisiones. Una Directiva de Cuidado Avanzada le dá la habilidad de ejercer sus derechos. Los médicos tienen una responsabilidad legal, moral, y profesional para asegurar que este derecho es respetado.**

***Las siguientes preguntas comunes son de algunos individuos que le han preguntado a sus médicos u otros proveedores sobre el cuidado de salud.***

1. ¿Usted se familiarizaría con las normas sociales de mi cultura y religión y las respetará?
2. ¿Hablará abiertamente conmigo y/o con mi familia sobre mi enfermedad?
3. ¿Qué haría si tengo mucho dolor u otros síntomas incómodos?
4. ¿Me dejaría saber si el tratamiento deja de trabajar para que mi familia y yo podamos tomar decisiones apropiadas?
5. ¿Me apoyaría en manejar el dolor apropiadamente y en obtener el cuidado de hospedaje para los últimos días de vida?
6. ¿Qué haría para asegurar que siempre me escuchará y/o a mi familia?
7. Si llego al punto en que estoy muy enfermo(a) para hablar por mi mismo(a), ¿cómo tomaría decisiones sobre mi cuidado?
8. ¿Estaría disponible para mí aunque estoy enfermo(a) y cerca del final de mi vida?

## **Información sobre las Formas**

Este folleto contiene dos tipos de **Directivas del Cuido de Salud** que protege su derecho a pedir tratamientos **que usted quiera** y, a rechazar tratamientos médicos **que usted no quiera** en caso de que pierda la habilidad de tomar decisiones por sí mismo.

1. **El Apoderado del Cuido de Salud de Nueva York** es un documento legal que le permite nombrar a alguien a tomar decisiones sobre su cuidado médico—incluyendo las decisiones sobre el apoyo de vida—si no puede hablar más por sí mismo(a). La forma del Apoderado del Cuido de Salud nombra a alguien para hablar por usted en *cualquier momento que usted no pueda tomar sus decisiones médicas, no sólo al final de la vida*.
2. **El Testamento de Vida de Nueva York** le permite declarar sus deseos sobre el cuidado médico en caso de que usted desarrolle una condición irreversible que le imposibilita tomar sus propias decisiones médicas. El Testamento de Vida es efectivo si usted tiene una enfermedad terminal, permanentemente inconsciente, o minimamente consciente debido a daños cerebrales y nunca recuperará la habilidad de tomar decisiones. Las personas que desean indicar qué tipos de circunstancias favorecen o a los que se oponen a recibir tratamientos específicos usan el Testamento de Vida de Nueva York.

**No se necesita notarizar su forma de Apoderado de Cuido de Salud de Nueva York o El Testamento de Vida de Nueva York.**

**No se necesita un abogado para llenar estas formas.**

**Estos documentos serán legalmente vinculantes solo si la persona llenándolos es un adulto competente (por lo menos 18 años de edad), los documentos son apropiadamente firmados con testigo, y los documentos estén disponibles cuando se necesiten.**

## **Preguntas Hechas Con Frecuencia**

### **1) ¿Necesito completar ambos documentos?**

Al completar ambos documentos, se asegura que usted reciba el cuidado médico que usted desea. Sin embargo, debe continuar de tener conversaciones con su Portavoz (“Agente”) para asegurar que esa persona conozca sus valores y deseos y que pueda hablar en su nombre a pesar de lo que sean las circunstancias. Adicionalmente, es beneficioso de haber completado ambos documentos en caso de que sufra alguna herida, o episodio médico agudo, mientras viaja y no pueda tomar decisiones por sí mismo(a). Llenando ambos documentos aumenta la probabilidad de que al menos uno de los documentos será legalmente reconocido en otro estado.

### **2) ¿Cómo puedo estar seguro(a) de que mi Apoderado de Cuido de Salud de Nueva York será respetado?**

Para ser legalmente válido, debe firmar y fechar su forma de Apoderado de Cuido de Salud en la presencia de **dos** testigos adultos. Los testigos deben firmar una declaración en su Apoderado del Cuido de Salud para confirmar que usted firmó el documento por su propia voluntad y libre de coacción. Su Portavoz (“Agente”) y Alternativo no pueden actuar como testigos.

### **3) ¿Cómo puedo estar seguro que mi Testamento de Vida de Nueva York será respetado?**

**Distinto a muchos estados, el estado de Nueva York no tiene una ley específica reconociendo los testamentos de vida** pero depende sobre **“evidencia clara y convincente”** de sus deseos.

Documentando sus deseos en un Testamento de Vida puede ayudar a demostrar el nivel requerido de **“evidencia clara y convincente”**. Debe seguir el procedimiento de testigos establecido en el Acto del Apoderado del Cuido de Salud y firmar su Testamento de Vida en la presencia de dos testigos adultos. Indique la presencia de su Testamento de Vida bajo la sección de Instrucciones Opcionales de la forma del Apoderado de Cuido de Salud de Nueva York.

#### **4) ¿Puedo nombrar más de un Agente Alternativo?**

Si, puede nombrar todos los que usted desea. Sin embargo, cada Alternativo debe de cumplir con los criterios que se encuentran en la página 3 (vea “Que debe Tener en Mente Cuando Elije un Portavoz”).

#### **5) ¿Necesito añadir instrucciones personales a mi Apoderado de Cuido de Salud de Nueva York?**

No se necesita añadir instrucciones personales a su Apoderado de Cuido de Salud con la excepción de la nutrición artificial e hidratación. Unas de las razones más fuertes para nombrar un Portavoz (“Agente”) es para tener a alguien que pueda responder *flexiblemente* a los cambios en su situación médica. Añadiendo instrucciones personales al Apoderado de Cuido de Salud de Nueva York puede restringir su poder a su Portavoz (“Agente”) para poder actuar en su mejor interés.

#### **6) ¿Puedo añadir instrucciones personales a mi Testamento de Vida?**

Si. Las instrucciones personales pueden ser añadidas a la sección titulado “Otras Decisiones.” Si hay tratamientos específicos que usted desea rechazar que no se encuentran en el documento, lo puede incluir aquí. También, instrucciones tal como “Quiero medicinas máximas para el dolor, aunque se acelere mi muerte,” “No quiero que me pongan en un asilo,” o “Quiero morir en casa” pueden ser añadidas en ésta sección. Si ha apuntado a un Portavoz (“Agente”), sería buena idea incluir una declaración tal como, “Cualquiera pregunta sobre cómo interpretar o cuando deben aplicar mi Testamento de Vida se decide por mi Portavoz, mi “Agente.”

#### **7) ¿Qué son Tratamientos de Sostenimiento de Vida tal como La Resucitación Cardiopulmonar(CPR), La Ventilación Mecánica, y la nutrición artificial e hidratación?**

Vea Apéndice I de este folleto para una explicación detallada sobre los tratamientos de Sostenimiento de Vida.

#### **8) ¿Qué sucede si cambio de mente sobre mi Apoderado de Cuido de Salud o Testamento de Vida?**

Puede revocar su Apoderado de Cuido de Salud de Nueva York o Testamento de Vida al notificar su proveedor de cuidado de salud o su Portavoz (“Agente”) oralmente o en forma escrita de su revocación, o por cualquier otro hecho que claramente demuestra su intento de revocar el documento. A la vez que esté informado, su médico debe escribir su revocación en su record médico y notificar a su Portavoz (“Agente”) y cualquier personal médico responsable por su cuidado. Adicionalmente, una forma actualizada anula cualquier forma previa.

#### **9) Si paso periodos extendidos en otro estado, ¿Respetarán mis Formas de Planificación del Cuido Avanzado de Nueva York en ese estado?**

Cada estado tiene sus propias leyes gobernando La Planificación del Cuido Avanzado y el uso de formas del Apoderado del Cuido de Salud, Testamentos de Vida y Órdenes de No Resucitar. Por lo tanto, es importante que investigue la ley del estado sobre La Planificación del Cuido Avanzado. Puede comenzar investigando la página de la red del Departamento de Salud del estado o vaya al [www.partnershipforcaring.org](http://www.partnershipforcaring.org).

#### **10) ¿Hay algunas restricciones sobre quien puede ser mi Portavoz (“Agente”)?**

Su Portavoz (“Agente”) **no puede** ser:

Un operador, administrador o empleado de una facilidad de cuidado de salud donde es usted un residente o paciente, o donde haya aplicado para admisión, al tiempo que firmó su apoderado, a menos que esa persona es un familiar de sangre, matrimonio o adopción;

Un médico, si esa persona también actúa como su médico.

#### **11) ¿Qué hago si soy residente en una facilidad licenciada u operada por la Oficina de Salud Mental o la Oficina de Retardación Mental y Desarrollos de Desehabilidades?**

Los requerimientos de testigos especiales existen para los residentes de facilidades operadas o licenciadas por la Oficina de Salud Mental o la Oficina de Retardación Mental y Desarrollos de Desehabilidades. Para más información, póngase en contacto con *Partnershipforcaring.org*, o lláme al (800)-989-9455.

## **Asuntos Prácticos Para Considerar después de Completar Sus Documentos**

- 1. Garantíe la accesibilidad** a su Apoderado de Salud de Nueva York y Testamento de Vida. Manténga una copia para si mismo en un lugar seguro pero accesible. No ponga los documentos en una caja de seguridad que no le permita acceso.
- 2. Déle una copia** a su Portavoz del Cuido de Salud (“Agente”) y Alternativo. Su médico primario, todo sus médicos especialistas que participan en su cuidado y el hospital principal donde usted recibe cuidado también deben de tener copias. También puede que desee darle una copia a su consejero espiritual. Una copia debe ser compartida con la comunidad central repositario, si existe uno. Si entra a un asilo o hospital, tén copias de sus documentos dentro de su record médico.
- 3. Revise y actualice sus formas** periódicamente. Revise después de eventos importantes de la vida como el divorcio, el nacimiento de un hijo(a), la muerte de un cónyugue, o si usted desea escojer otro Portavoz (“Agente”). También es importante de re-evaluar sus deseos si nuevas amenazas de vida o enfermedades crónicas desarrollan, según estas enfermedades crónicas progresan, y después de tratamientos complicados de sostenimiento de vida. Sus deseos pueden cambiar después de estos eventos.
- 4. Los problemas pueden ocurrir** si usted falla en planificar o falla en compartir sus deseos con el Portavoz (“Agente”) del Cuido de Salud, su familia o su médico. Los problemas pueden ocurrir si sus metas para el cuidado o el tratamiento cambian pero estos deseos no se reflejan en sus formas documentadas. A veces, las preferencias de un individuo no son claras o el enfoque es muy angosto. Como Portavoz (“Agente”), es importante evitar hacer suposiciones y aclarar deseos con tiempo.
- 5. Asegúrese de hablar** con su Portavoz (“Agente”) del Cuido de Salud, Alternativo(s), Médico(s), consejero espiritual, familia y amigos sobre sus deseos relacionados al tratamiento médico. Hábla con ellos a menudo sobre sus últimos deseos particularmente si su condición médica cambia.
- 6. Si sus deseos cambian** después de que sus documentos han sido completados, se debe de escribir, firmar y atestiguar sus últimos deseos nuevos reflejados en una nueva serie de documentos.
- 7. Es importante mantener en mente que usted siempre puede revocar su Apoderado de Salud de Nueva York y/o Testamento de Vida de Nueva York a cualquier tiempo.**
- 8. Esté consciente que sus documentos de Nueva York no serán efectivos en el evento de una emergencia médica.** El Personal de Ambulancia se requiere a proveer la resucitación cardiopulmonar (CPR) a menos que le den una órden separada llamada una “**Órden de No Resucitar NoHospital (DNR).**” Favor vea el Apéndice II de este folleto o visite [www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us) para más información sobre la forma Órden de No Resucitar NoHospital (DNR).

## **Lista de Verificación para Acción**

Usando la sencilla lista de verificación abajo asegurará que usted no vaya a faltar un paso mientras esté creando un Plan del Cuido Avanzado Comprensivo.

- He pensado sobre lo que es importante para mí y lo he compartido con mi familia
- He escogido a mi Portavoz (“Agente”) y Alternativo
- He compartido mis deseos con:
  - Portavoz (“Agente”)  Médicos
  - Alternativo  Consejero Espiritual
  - Familia  Abogado
- He compartido mis deseos relacionados a la nutrición artificial e hidratación con mi Portavoz (“Agente”) y Alternativo
- He completado mi forma de Apoderado del Cuido de Salud de Nueva York
- He documentado en mi forma de Apoderado del Cuido de Salud que mi Portavoz (“Agente”) conoce mis deseos relacionados a la nutrición artificial e hidratación
- He documentado mis deseos sobre la Donación de Órgano en mi Apoderado del Cuido de Salud, la Licencia de Conducir del Estado de Nueva York (u otra identificación del Estado de Nueva York), y/o tarjeta oficial de Donador de Órgano
- He completado mi Testamento de Vida de Nueva York
- Le he dado ambas copias de mi Apoderado del Cuido de Salud y Testamento de Vida a mi:
  - Portavoz (“Agente”)  Médicos
  - Alternativo  Hospital
  - Miembros de familia  Abogado
- He llenado la tarjeta de billetera incluida en este folleto de acuerdo a las decisiones, y la cargo con la tarjeta de identificación del estado y la del seguro de salud
- He revisado y actualizado mis formas tal como se necesita

**INSTRUCCIONES**

# APODERADO DEL CUIDO DE SALUD DE NUEVA YORK

-----

**DELETRÉE SU NOMBRE**

(1) Yo, \_\_\_\_\_, por este medio, nombro a  
*(nombre)*

**DELETRÉE EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE**

\_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número de teléfono de su agente)*

como mi agente del cuidado de salud para tomar cualquiera y cada decisión sobre mi cuidado de salud, con la excepción de que yo diga lo contrario. **Mi agente conoce mis deseos relacionados a la nutrición artificial e la hidratación.**

Este Apoderado del Cuido de Salud se realizará en el evento de que yo no pueda tomar mis propias decisiones sobre el cuidado de salud.

(2) Instrucciones Opcionales: Dirijo a mi agente a tomar decisiones del cuidado de salud de acuerdo con mis deseos y limitaciones como declarado abajo, o como él o ella de otra manera sabe.

**AÑADA INSTRUCCIONES PERSONALES (Si Hay)**

(3) Nombre de agente sustituto si la persona que nombro arriba no puede, no está dispuesto(a) o no esté disponible para actuar como mi agente del cuidado de salud.

**DELETRÉE NOMBRE, Y TELÉFONO NÚMERO DE SU AGENTE ALTERNATIVO**

\_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número de teléfono de agente alternativo)*

**DONACIÓN de ÓRGANO (OPCIONAL)**

(4) Donación de Órganos en la Muerte: Sobre Mi muerte:

Yo **no** deseo donar mis órganos, tejidos o partes.  
 Yo **sí** deseo ser un donante de órgano y al morir deseo donar:

(Continuado)

© 2000  
PARTNERSHIP FOR CARING, INC.

**APODERADO DEL CUIDO DE SALUD DE NUEVA YORK- PÁGINA 2 DE 2**

**DONACIÓN de  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)  
CONTINUADO**

- (a) Cualquier órganos necesarios, tejidos, o partes; **O**  
 (b) Los siguientes órganos, tejidos o partes

(c) Mi regalo son para los siguientes propósitos:  
(ponga una línea por los siguientes que usted no desea)

- (i) El Transplante
- (ii) La Terápia
- (iii) El Estudio
- (iv) La Educación

(5) A menos que yo lo revoque, este apoderado debe permanecer en efecto indefinitivamente, o hasta la fecha o condición que he declarado abajo. Éste apoderado vence (fecha específica o condiciones, si deseado):

**PÓNGA UNA  
DURACIÓN O  
UNA  
CONDICIÓN  
(SI HAY)**

**FIRME Y FECHE  
EL DOCUMENTO  
Y DELETRÉE  
SU DIRECCIÓN**

(6) Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO  
DE  
TESTIGO**

**Declaración de Testigos (debe de tener por lo menos 18 años)**

Yo declaro que la persona que firmó este documento apareció para ejecutar el apoderado voluntariamente y libre de coacción. Él o élla firmó (o le preguntó a otro que firmara por él o élla) éste documento en mi presencia. No soy la persona nombrado(a) como apoderado por este documento.

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**SUS  
TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
DELETREAR SUS  
DECISIONES**

© 2000  
PARTNERSHIP FOR  
CARING, INC.

# TESTAMENTO DE VIDA DE NUEVA YORK



*El testamento de Vida ha sido preparado para conformarse a la ley en el Estado de Nueva York, como dicho en el caso En re Westchester County Medical Center, 72 N.Y.2d 517 (1988). En ese caso la Corte estableció la necesidad de “claro y convincente” evidencia de los deseos de un paciente y declaro que la “situación ideal es aquella que los deseos del paciente fueron expresados de alguna manera escrita, quizá un “testamento de vida.”*

Yo, \_\_\_\_\_, siendo de mente sana, hago esta declaración como una directiva para seguir si yo no puedo participar en decisiones permanentemente relacionadas a mi cuidado médico. Estas instrucciones reflejan mi compromiso firme y estable para rechazar tratamiento médico bajo las circunstancias indicadas abajo:

Yo dirijo a mi médico que retenga o retire tratamiento que meramente prolonga mi muerte, si estuviera en una **condición incurable o irreversible mental o física sin ninguna esperanza razonable de recuperación**, incluyendo pero no limitado a: (a) **una condición terminal**; (b) **una condición permanentemente inconsciente**; o (c) **una condición minimamente consciente en la cual estoy permanentemente incapaz de tomar decisiones o expresar mis deseos**.

Dirijo que mi tratamiento sea limitado a medidas para mantenerme cómodo(a) y para aliviar el dolor, incluyendo el dolor que pueda ocurrir al retener o al retirar tratamiento.

Mientras entiendo que no estoy legalmente requerido a ser específico sobre los tratamientos del futuro **si estoy en la condición(es) descrita arriba me siento indudablemente segura de las siguientes formas de tratamiento:**

- No quiero la resucitación cardíaca.
- No quiero la respiración mecánica.
- No quiero la nutrición artificial e hidratación.
- No quiero los antibióticos.

Sin embargo, yo **quiero** el alivio máximo para el dolor, aunque me acelere la muerte.

**DELETRÉE SU NOMBRE**

**BORRE CUALQUIER DECLARACIONES QUE NO REFLEJAN SUS DESEOS**

© 2000  
PARTNERSHIP  
FOR CARING, INC.

**TESTAMENTO DE VIDA DE NUEVA YORK – PÁGINA 2 DE 2**

**AÑÁDE  
INSTRUCCIONES  
PERSONALES  
(SI HAY)**

Otras decisiones:

**FÍRME Y FÉCHA  
EL DOCUMENTO  
Y DELETRÉE  
SU DIRECCIÓN**

Éstas decisiones expresan mi derecho legal de rechazar tratamiento, bajo la ley de Nueva York. Es mi intención que mis decisiones se cumplan, amenos que yo las revoque en nueva escritura o al indicar claramente que he cambiado de mente.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO  
DE  
TESTIGO**

Yo declaro que la persona que firmó este documento apareció para ejecutar el testamento de vida voluntariamente y libre de coacción. Él o ella firmó (o le preguntó a otra persona que firmara por él o ella) éste documento en mi presencia.

**SUS  
TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR  
Y  
DELETREAR SUS  
DECISIONES**

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

© 2000  
PARTNERSHIP FOR  
CARING, INC.

# **APÉNDICE I**

## **Tratamientos de Sostenimiento de Vida o Soporte de Vida**

**Nota:** En el Estado de Nueva York, es esencial que su Portavoz (“Agente”) conozca sus deseos sobre la hidratación artificial y la nutrición. La documentación de estos deseos es vital.

***De acuerdo a la ley de Nueva York, si falla de incluir sus deseos sobre la hidratación y la nutrición artificial, su Portavoz (“Agente”) no puede tomar éstas decisiones.***

La declaración “Mi agente no conoce mis deseos relacionados a la hidratación y la nutrición artificial” como es notado en la forma de Apoderado del Cuido de Salud de Nueva York incluido en este folleto es suficiente para permitir que su Portavoz (“Agente”) tome éstas decisiones.

El soporte de vida reemplaza o apoya la función del cuerpo frágil. Cuando los pacientes tienen condiciones curables o tratables, el apoyo se usa temporalmente hasta que la enfermedad puede ser estabilizada y el cuerpo puede asumir la función normal. A veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar sin apoyo.

Cuando se toma decisiones sobre formas específicas de soporte de vida, acumule los datos que necesita para tomar una decisión informada. En particular, entienda los beneficios al igual que las cargas que el tratamiento le ofrecerá a usted o a su ser querido. Un tratamiento puede ser beneficioso si alivia el sufrimiento, restaura función, o aumenta la calidad de vida. El mismo tratamiento se puede considerar una carga si causa dolor, prolonga el proceso de muerte sin ofrecer beneficio, o le resta de la calidad de vida de la persona. Cuando se acumula información sobre tratamientos específicos, entienda porqué el tratamiento es ofrecido y cómo beneficiará su cuidado.

**A causa de los avances rápidos en la medicina y en la tecnología, es difícil conocer todo los tratamientos posibles por adelantado. Por eso es tan importante tomar tiempo para clarificar los valores, creencias, y metas personales sobre el cuidado médico.**

**Cuando se toma decisiones sobre el soporte de vida, es importante considerar las siguientes preguntas:**

¿Habría una diferencia con el tratamiento?

¿Pesán más las cargas del tratamiento que los beneficios?

¿Existe la esperanza para la recuperación? Si es así, ¿cómo será mi vida después?

¿Qué valoro?

La dificultad en tomar decisiones existe cuando no se puede predecir la recuperación. En este caso, una prueba de corto-término de soporte puede ser deseado. Estas pruebas deben comenzar con la clarificación de las metas del paciente y requiere conversaciones activas entre su médico y su Portavoz (“Agente”) sobre el curso de tratamiento más apropiado.

## Las Medidas mas Comúnes y Usadas para el Soporte de Vida incluyen:

- **La nutrición artificial e hidratación:** *La nutrición artificial (“alimentación por tubo”) e hidratación (reemplazo de fluido) suplementa o reemplaza la comida o la bebida normal al administrar un balance químico de alimentos y fluidos por un tubo colocado directamente en el estómago, el intestino o en una vena.* La nutrición artificial e hidratación pueden salvar vidas al usarlas hasta que el cuerpo se sane. La nutrición artificial de largo-término e hidratación se puede administrar a personas con serios problemas intestinales que dañan la habilidad de digerir la comida, de tal modo ayudándoles a disfrutar una calidad de vida que es importante para ellos. El uso de alimentarse por un largo-término con un tubo es usado frecuéntemente con las personas con condiciones irreversibles y los que están en la etapa-final de la vida. Frecuéntemente, el tratamiento ni invierte el curso de la enfermedad ni mejora la calidad de vida.
- **La Resucitación Cardiopulmonar:** *La resucitación cardiopulmonar (CPR) es un grupo de tratamientos usado cuando el corazón de alguien y/o la respiración cesa.* La CPR intenta volver a re-empezar el corazón y la respiración. Puede que consiste de la respiración de boca-a-boca, presionando en el pecho para circular la sangre, la descarga eléctrica y/o drogas para estimular el corazón. Cuando se usa rápidamente al responder a un evento repentino como un ataque del corazón o un ahogo, la CPR puede ser un salva vida. El índice de éxito, sin embargo, es extremadamente bajo para las personas que están al final del proceso de una enfermedad terminal. Los pacientes críticamente enfermos que reciben la CPR tienen una pequeña posibilidad de recuperarse.
- **La Ventilación Mecánica:** *La ventilación mecánica se usa para soportar o reemplazar la función de los pulmones.* Un ventilador (o respirador), una máquina que está conectada a un tubo colocado por la nariz o boca y dentro del tráquea, fuerza el aire a los pulmones. La ventilación mecánica se usa frecuéntemente para asistir a una persona que sufre de un problema de corto-término o por periodos prolongados en la cual existe la falla respiratoria irreversible. Algunas personas que dependen de la ventilación mecánica por largo-término pueden disfrutar y vivir una calidad de vida que es importante para ellos. Sin embargo, para el paciente que se está muriendo, la ventilación mecánica seguida meramente prolonga el proceso de muerte hasta que otro sistema del cuerpo falla. Puede que provee el oxígeno pero no puede mejorar la condición fundamental.

Frecuéntemente, se distingue entre no comenzar el tratamiento y cuándo parar el tratamiento. ***Sin embargo, ninguna diferencia existe entre retener y retirar un tratamiento médico de acuerdo con los deseos del paciente.*** Si tal distinción existiría en la clínica, un paciente puede rechazar el tratamiento que puede ser beneficioso por el temor de que a la vez que, comienza, no se podrá parar.

**Es legalmente y éticamente apropiado discontinuar los tratamientos médicos que ya no son beneficiosos. Es la enfermedad fundamental, no el acto de retirar el tratamiento, que causa la muerte.**

El folleto “Decisiones Fuertes” es una referencia excelente que se puede encontrar en [www.hardchoices.com](http://www.hardchoices.com). Una versión en español también está disponible.

## **APÉNDICE II**

### **Sobre la Orden de No Resucitar (DNR)\***

La Orden de No Resucitar documenta que usted **no** quiere que usen la resucitación cardiopulmonar (CPR) si su corazón y/o respiración para de latir.

#### **¿Qué es la CPR?**

CPR, la resucitación cardiopulmonar, se refiere al procedimiento médico utilizado para volver a comenzar el corazón de un paciente y/o su respiración después de que hayan parado.

#### **¿Qué es una Orden de DNR?**

**Una orden de DNR** es una orden escrita por un médico pedido por el paciente o su familia que **dá instrucciones a los profesionales médicos que no vayan a ejecutar la CPR**. Esto significa que los médicos, las enfermeras, y/o el personal médico de emergencia **no** intentarán la CPR de emergencia si la respiración del individuo o latidos del corazón para.

**Una Orden de DNR requiere la firma de un médico para ser legalmente válido.**

**En el Estado de Nueva York, para asegurar que sus deseos sean respetados en casa o en cualquier lugar fuera de un hospital, la forma “Orden de No Resucitar NoHospital (Orden DNR)” se requiere ser completado, firmado, y con fecha. Ésta Orden DNR NoHospital debe ser visible y disponible en caso de una emergencia. Es frecuentemente mantenido cerca del teléfono, con otra información de emergencia.**

#### **¿Porqué se dá órdenes de DNR?**

La CPR, cuando exitosa, restaura los latidos del corazón y el respiro y permite que los pacientes resuman su estilo de vida previa. El éxito de la CPR depende de la condición médica general del paciente. La edad no solo determina si la CPR será exitosa, aunque las enfermedades y la fragilidad que acompañan la edad frecuentemente impide el éxito de la CPR.

Cuando las personas están seriamente o terminalmente enfermas, puede que la CPR no trabaje o que trabaje solo parcialmente, resultando en el daño cerebral del individuo o en un estado médico peor que antes cuando el corazón paró. En estos casos, algunos pacientes prefieren ser cuidados sin esfuerzo de la resucitación.

#### **¿Puedo pedir una Orden de DNR?**

Si. Todo los pacientes adultos pueden pedir una orden de DNR. Si está enfermo(a) y no puede decirle a su médico que quiere una orden de DNR escrito, su portavoz, un miembro de familia o amistad cercano puede decidir por usted.

#### **¿Es mi derecho de pedir o recibir otros tratamientos afectados por una orden de DNR?**

No. Una orden de DNR es solo una decisión sobre la CPR y no se relaciona a ningún otro tratamiento.

## **Órden de No Resucitar NoHospital (Órden de DNR)**

**¿Cómo puedo expresar mis deseos sobre una Orden de No Resucitar (DNR) NoHospital?**

***Un adulto puede consentir a una Orden de No Resucitar (DNR) NoHospital al informarle a un médico oralmente o en escrito, tal como un Testamento, si dos testigos están presentes.***

Antes de decidir sobre la CPR, usted debe de hablar con su médico sobre su salud en general y los beneficios y cargas de la CPR. Una conversación plena y a tiempo entre usted y su médico asegurará que sus deseos sean reconocidos.

**Si usted pide una Orden de DNR, ¿mi médico tiene que respetar mis deseos?**

Si no quiere la CPR y pide una orden de DNR, su médico tiene que seguir sus deseos:

- transfiere su cuidado a otro médico que seguirá sus deseos; o
- comience un proceso para resolver la disputa si está en un hospital o un asilo de anciano.

Si la disputa no se resuelve dentro de 72 horas, su médico debe de entrar la orden o transferirlo(a) al cuidado de otro médico.

**Si estoy en casa con una Orden de No Resucitar (DNR) NoHospital, ¿qué pasa si un miembro de la familia o amigo(a) entra en un estado de pánico y llama a la ambulancia para resucitarme?**

Si tiene una Orden de No Resucitar (DNR) NoHospital y sus miembros de la familia se lo demuestran al personal de emergencia, ellos no intentarán a resucitarlo(a) o transportarlo(a) a una sala de emergencia de un hospital para CPR.

**¿Qué sucede con mi Orden de DNR si me transfieren de un hospital o un asilo de anciano a cuidado en el hogar?**

*La orden que le han dado a usted en un hospital o un asilo de anciano no aplicará en el hogar. Usted, su Portavoz (“Agente”) del Cuido de Salud o un miembro de familia debe de específicamente consentir a una **Órden de No Resucitar (DNR) NoHospital**. Si sale de un hospital o asilo de anciano sin una **Órden de No Resucitar (DNR) NoHospital**, un médico puede expedir la Orden de DNR para usted mientras que esté en la casa.*

**¿Qué sucede si cambio de mente después de que se ha escrito una Orden DNR?**

Usted, o cualquiera que consienta a una Orden de No Resucitar (DNR) NoHospital por usted, puede remover la orden al decírselo a su médico, enfermeras, u otros envueltos en la decisión.

**¿Quién decide sobre una Orden de DNR por un niño(a)?**

Una Orden de DNR puede ser escrito para un niño con el consentimiento de los padres o guardián del niño(a). Si el niño(a) es de edad para entender y decidir sobre la CPR, el consentimiento del niño(a) también se requiere para una Orden de DNR.

Para más información relacionado a Las Órdenes de DNR en el Estado de Nueva York, favor de visitar [www.health.state.ny.us](http://www.health.state.ny.us)

© 2002 Excellus Health Plan, Inc.

Estado de Nueva York  
Departamento de Salud  
Órden de No Resucitar NoHospital  
(Órden DNR)

Nombre de Persona: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

No resucite la persona nombrada arriba.

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Deletrée Nombre \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Es la responsabilidad de su médico de determinar, al menos cada 90 días, si ésta órden continua a ser apropiada, y de indicar esto por una nota en el record médico de la persona.

La expedición de una forma nueva **NO** se requiere, y bajo la ley, ésta órden debe ser considerada válida amenos que ha sido revocada. Ésta órden permanece válida y debe ser seguida, aunque no haya sido revisada dentro del período de 90 días.

## APODERADO DEL CUIDO DE SALUD

Yo, \_\_\_\_\_, de

CALLE CIUDAD ESTADO

TELÉFONO DURANTE EL DÍA TELÉFONO DURANTE LA TARDE

por este medio nombro a \_\_\_\_\_ de  
NOMBRE DE AGENTE

CALLE CIUDAD ESTADO

TELÉFONO DURANTE EL DÍA TELÉFONO DURANTE LA TARDE

cómo mi agente del cuidado de salud para tomar todas las decisiones de salud para mí si soy incapaz de tomar decisiones por mí mismo, incluyendo decisiones de la nutrición artificial e hidratación.

FIRMA (INICIALES DEL APODERADO) FECHA

Éste apoderado fué firmado en mi presencia. Conozco al que firmó y parece estar de mente sana actuando voluntariamente y libre de coacción.

TESTIGO FECHA

TESTIGO FECHA

### Instrucciones para la Tarjeta de Billetera:

En caso de emergencia, ésta tarjeta de billetera avisa al personal médico de la presencia de un Apoderado del Cuido de Salud y los dirige a su Portavoz (Agente).

Para que sea efectiva, la tarjeta de billetera se debe cargar junta a su tarjeta de seguro de salud o la de su identificación del estado.

### Para utilizar ésta Tarjeta de Billetera:

1. Simplemente remueve la tarjeta por las líneas perforadas y dóblela.
2. Llénela con la información identica que aparece en el Apoderado del Cuido de Salud de Nueva York.
3. Síguelos mismos procedimientos de testigo como aquellos del formulario del Apoderado del Cuido de Salud de Nueva York.
4. Cárguela junta a su tarjeta de identificación del estado.
5. Disfruta de la paz mental al saber que su Portavoz (Agente) se puede contactar y que sus deseos serán compartidos aunque no esté cerca de una copia de su Apoderado del Cuido de Salud de Nueva York.

## INSTRUCCIONES ESPECIALES

### APODERADO DEL CUIDO DE SALUD

para

NOMBRE

distribuido por:



**La Compasión y el Apoyo**  
al Fin de la Vida

PARA MÁS INFORMACIÓN, por favor lláme a la oficina regional de Excellus BlueCross BlueShield, o visite [www.excellusbcbs.com](http://www.excellusbcbs.com) o [www.compassionandsupport.org](http://www.compassionandsupport.org).

**Como parte de la Iniciativa Comunitaria del Fin de Vida/El Cuido Paliativo, tenemos el placer de producir y poner al día éste manual de La Planificación del Cuido de Salud.**

Ésta iniciativa del Rochester Health Care Forum es co-auspiciada por Excellus BlueCross BlueShield y El Rochester Health Commission, incluye más de 150 voluntarios comunales.

Es co-dirigida por la Dra. Patricia Bomba, Directora Médica de Geriátrica Corporativa, Excellus BlueCross BlueShield, Mary Jane Milano, Directora, Iniciativas de Forum, Rochester Health Commission, Rochester, NY, Jeanne Chirico, Directora, Los Servicios Familiares de Vida, y el Programa de CompassionNet, Genesee Region Home Care.

Para más información sobre ésta iniciativa, lláme a la Dra. Patricia Bomba al (585) 238-4514 o [Patricia.Bomba@lifethc.com](mailto:Patricia.Bomba@lifethc.com) o visita [www.compassionandsupport.org](http://www.compassionandsupport.org).

Para copias adicionales, póngase en contacto con la oficina regional de Excellus BlueCross BlueShield o consígue una copia de

[www.excellusbcbs.com](http://www.excellusbcbs.com) o [www.compassionandsupport.org](http://www.compassionandsupport.org).

Marzo 2003