UTAH
en español

Educación para los pacientes

intermountainhealthcare.org

Planificación anticipada de cuidados médicos
y formularios de directivas anticipadas

CÓMO TOMAR Y COMICAR SUS DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

Intermountain® Healthcare

¿SABEN SUS SERES QUERIDOS LO QUE USTED QUIERE?

QUIERO que mi hija decida qué es lo mejor para mí, si no puedo hacerlo por mí mismo.

QUIERO que mis médicos hagan todo lo que puedan, prueben con todo lo que tienen a su alcance para ayudarme a sobrevivir un día más.

QUIERO que se me permita morir en mi casa, si fuera posible.

QUIERO que me dejen morir de manera natural, sin tubos de alimentación, respiradores mecánicos ni ninguna otra máquina que prolongue mi fallecimiento.

QUIERO HABLAR sobre la atención médica que recibiré al final de mi vida y....

QUIERO QUE ME ESCUCHEN.

Contenido:

ACERCA DE LA PLANIFICACION ANTICIPADA DE CUIDADOS MÉDICOS 4

¿Qué incluye la planificación anticipada de cuidados médicos? 4

¿Cuándo debo hacer planes anticipados de cuidados médicos? 4

¿A quién hago participar en esta planificación? 5

GUIA DE CONVERSACIÓN 6

¿Como comienzo la conversación? 6

¿De que hablamos 7

Valores 7

Problemas 8

Situaciones 9

FORMULARIOS DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS DEL ESTADO DE UTAH 10

¿Qué es una directiva anticipada? 10

¿Cuál es la diferencia entre los formularios? 10

¿Quién puede llenar una directiva anticipada? 10

Qué debo hacer con mi formulario de directivas anticipadas? 11

¿Qué sucede si cambio de opinión? 11

¿Cómo puedo obtener más información? 11

Información detallada sobre los formularios del estado de Utah 12

FORMULARIO EN BLANCO: *Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah* **13**

MUESTRA SOLAMENTE: *Orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST, por sus siglas en inglés, u Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah* **19**

GLOSARIO 23

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN 24

USTED TIENE DERECHO A TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD. A pesar de esto, es posible que sufra una enfermedad o lesión que le impida tomar o comunicar tales decisiones.

¿QUÉ SUCEDE ENTONCES? La planificación anticipada de cuidados médicos significa que usted piense detenidamente en sus valores y prioridades, en el significado y la calidad de su vida. Incluso que comunique los deseos y las decisiones que nazcan de ese pensamiento.

ESTE FOLLETO trae información y herramientas que lo ayudarán con la planificación anticipada de cuidados médicos. Úselo para ayudar a descubrir, aclarar y comunicar sus deseos sobre el cuidado médico y el tratamiento.

¿POR QUÉ DEBERÍA HACER PLANES ANTICIPADOS DE CUIDADOS MÉDICOS?

La planificación puede resultar valiosa, y sumamente reconfortante, para usted y sus seres queridos. Según un estudio nacional, los pacientes que hablaron con sus familiares y médicos sobre sus preferencias para el cuidado médico al final de sus vidas:

- Sintieron menos miedo y ansiedad.
- Se sintieron más capaces de tomar decisiones sobre su cuidado médico.
- Sintieron que sus médicos comprendían mejor sus deseos.
- Entendieron mucho más y se sintieron más cómodos que antes de hablar al respecto.

Acerca de la planificación anticipada de cuidados médicos

La planificación anticipada de cuidados médicos significa contemplar detenidamente la posibilidad de que llegue un momento en que usted ya no sea capaz de tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de su salud. Es posible que este momento nunca llegue, pero de todas formas será valioso tomarse el tiempo para pensar, intercambiar ideas y dejar por escrito sus decisiones acerca de la planificación anticipada del cuidado de su salud. La planificación anticipada de cuidados médicos puede ayudarle a aclarar sus valores y a que usted y sus seres queridos se tranquilicen.

¿Qué incluye la planificación anticipada de cuidados médicos?

No existe ninguna lista oficial que le indique los temas que debe considerar en su planificación anticipada de cuidados médicos. Usted puede decidir el alcance de los temas y el nivel de detalle. Pero puede resultarle útil saber que la planificación anticipada de cuidados médicos suele incluir las siguientes inquietudes:

- **¿Existen situaciones en las que rechazaría determinados tratamientos o cuidados médicos?** Es posible que sienta que algunos estados de salud son peores que la muerte. Con la planificación anticipada de cuidados médicos, puede expresar con sus propias palabras lo que significa vivir y morir.
- **¿Quién tomará las decisiones sobre su cuidado médico si usted no pudiera hacerlo?** Es posible que llegue un día en que su médico deba pedirle a su cónyuge, hermanos/as o hijos/as que tome/n decisiones sobre su cuidado médico. ¿Están preparados para esta responsabilidad? ¿Quieren hacerlo? ¿Es posible que haya alguna otra persona que expresaría mejor sus deseos? La planificación anticipada puede ayudar a aclarar los roles.

Usted tiene la opción de llenar un **formulario de directivas anticipadas** como parte de su planificación anticipada de cuidados médicos. La sección que comienza en la página 10 le muestra más información al respecto.

¿Cuándo debo hacer planes anticipados de cuidados médicos?

Algunas veces, las circunstancias — como una hospitalización inesperada — darán lugar a una conversación sobre una planificación de cuidados médicos. En otros casos, puede elegir el momento para hablar sobre ello.

No existe el “momento perfecto” para comenzar con su planificación. Aun así, después de leer este folleto, es posible que sienta, como les sucede a muchas personas, que es mejor evaluar algunos de los temas que surgen en la planificación de cuidados médicos antes de que aparezca una emergencia médica.

Usted no sabe lo que le presentará el futuro. Pero, hoy puede hacer planes de cuidados médicos que le ayudarán a enfrentarlo con mayor confianza y claridad.

¿A quién hago participar en esta planificación?

Hable con personas cercanas a usted, aquéllas a quienes podría recurrir para que tomen decisiones por usted. Hable con todas las personas con las que se sienta a gusto. Pero tenga presente que, si en algún momento fuera hospitalizado, lo ideal sería que el personal médico pueda recurrir a una sola persona — su **representante de cuidado médico** — para que tome decisiones por usted.

Usted puede elegir a su representante (o apoderado) de cuidados médicos mediante el llenado de un formulario de directivas anticipadas (consulte la página 10). Asegúrese de que sus seres queridos sepan a quién eligió.

Un buen representante de cuidados médicos...

- Debe ser mayor de edad
- Debe vivir cerca de su domicilio o poder viajar para estar con usted
- Debe conocerlo bien y comprender sus deseos, creencias y actitudes
- Puede ser un defensor firme y con personalidad ante la existencia de opiniones contradictorias
- Hablará con usted sobre cuestiones delicadas

Utilice la información que se muestra en las siguientes páginas para compartir sus deseos y preferencias con su representante de cuidados médicos.

"¿PUEDE HACER ESTO POR MÍ?"

Cuando comienza a hablar sobre sus deseos de cuidados médicos con otras personas, asegúrese de hacerles saber el motivo por el que se los puede llamar. Dígale: "Como eres la persona elegida para que hables por mí, es posible que debas…".

- **Recibir la información médica** que yo recibiría si pudiera hablar al respecto con mis médicos y formular preguntas.
- **Hablar sobre opciones de tratamiento** o solicitar consultas y segundas opiniones.
- **Aprobar o rechazar tratamientos o pruebas médicas.** Esto puede incluir el tratamiento de soporte vital.
- **Autorizar una derivación**, si fuera necesario, a otro médico, el traslado a otro hospital u otro tipo de instalación (como una institución de enfermería especializada).

¿QUIÉN PUEDE AYUDAR?

Puede resultarle útil hablar con alguna persona que esté familiarizada con los conceptos, los formularios y la terminología relacionados con la planificación anticipada de cuidados médicos. En un hospital u otra instalación, puede solicitar hablar con alguna persona sobre la planificación anticipada de cuidados médicos. Muchos trabajadores sociales, consejeros, abogados y proveedores de atención médica tienen la experiencia y la capacitación necesarias para ayudarlo a usted y a sus seres queridos a elaborar estos planes

UNA CONVERSACIÓN CONSTANTE…

La planificación anticipada de cuidados médicos es un trabajo permanente. Esto se debe a que, a medida que las circunstancias cambian, usted también puede cambiar de opinión. Mantenga la conversación abierta, vuelva a considerar sus decisiones (y actualice los formularios) cada vez que lo necesite.

Guía de conversación

Los expertos señalan que una conversación reflexiva con las personas en quienes usted confía es la parte más valiosa de la planificación anticipada de cuidados médicos. Esta sección incluye preguntas y situaciones que lo ayudarán a descubrir y compartir lo que usted considera más importante en caso de padecer una enfermedad grave.

¿Cómo comienzo la conversación?

Ya sea que esté hablando sobre sus propios deseos o intentando descifrar los deseos de cualquier otra persona cercana a usted, comenzar una conversación sobre la planificación de cuidados médicos puede resultar algo difícil. Pero si su familia sabe que usted desea hablar, es posible que estén más dispuestos de lo que cree. Para comenzar a hablar sobre la planificación anticipada de cuidados médicos, considere las formas que se mencionan a continuación.

REFLEXIONE SOBRE LA EXPERIENCIA DE ALGÚN FAMILIAR SUYO.

"Cuando el tío Martín murió, les simplificó mucho todo a sus hijos. Todos sabían qué tipo de cuidado médico deseaba y no deseaba recibir. Todos se veían tan tranquilos en sus últimos días".

"Me pregunto si la abuela hubiera querido que su vida terminara como sucedió. No creo que quisiera que la recordáramos de la forma en que se sentía en esos últimos días".

EXPONGA EL TEMA CUANDO ESTÉ EN UN FUNERAL O LEYENDO LOS OBITUARIOS.

"Me pregunto cómo habrán sido las últimas semanas de vida de estas personas. Cuando sea mi turno, quiero..."

"Dicen que murió tras una larga batalla contra el cáncer. No estoy seguro de querer una larga batalla, si me sucediera a mí. En cambio, prefiero..."

SIGA LOS EJEMPLOS DE LA CULTURA POPULAR.

"¿Vio/vieron ese episodio de ER donde el muchacho estaba conectado a un equipo de soporte vital de por vida? Quiero hablar acerca de cómo será en mi caso".

"Escuché que mi actriz favorita no quería estar conectada a un equipo de soporte vital durante los últimos días de su vida. Pero lo que no puedo comprender es cuál es el límite entre la medicina normal y la intervención forzada".

HABLE EN TÉRMINOS DE LAS NECESIDADES DE OTRA PERSONA.

"Mi médico dice que debo informarle quién tomará mis decisiones médicas si yo no pudiera hacerlo".

"Mi abogado necesita saber qué tipo de cuidado médico estoy planificando para el final de mi vida".

"Sé que usted se sentiría mejor si comprendiera realmente todo lo que quiero".

¿De qué hablamos?

Cuando se sienta por primera vez a hablar sobre sus cuidados médicos futuros, es posible que no tenga una idea clara de lo que será mejor para usted. Es algo normal. El hecho de mantener esta conversación puede ayudarle a descubrir lo que desea. Trate de que los puntos indicados más abajo le ayuden tanto a usted como a sus seres queridos a comprender buenas formas de manejar una variedad de situaciones posibles.

1 Hable acerca de VALORES básicos

La manera en que se siente ante determinados factores permanece constante en muchas situaciones. Hable acerca de sus creencias y temores básicos sobre la salud, la enfermedad y los últimos días de su vida. Esto contribuirá a que su representante de cuidados médicos tenga una idea más clara en el momento de tomar decisiones por usted en una variedad de situaciones.

Considere lo siguiente:

- **¿Tiene creencias básicas sobre la vida y la medicina?** ¿Cree que la vida se debe preservar a cualquier costo? ¿Cree que la vida no se debe prolongar mediante una intervención extensa? ¿Existen algunos tratamientos médicos que contradigan sus creencias?

  NOTAS: _____

  _____

  _____

- **Describa cuál es su idea de una muerte digna.** ¿Cuál es un buen lugar para estar? ¿Quién está allí? ¿Cuánto tiempo lleva? ¿Qué sucede en el momento (días o semanas) antes de su muerte?

  NOTAS: _____

  _____

  _____

- **¿Cuál de las siguientes opciones le da más miedo?**

  - ❑ Dolor
  - ❑ Perder la capacidad de pensar
  - ❑ Perder la capacidad para comunicarse
  - ❑ Ser una carga financiera para sus seres queridos
  - ❑ Ser desconectado del equipo de soporte vital demasiado pronto

2 Hable acerca de PROBLEMAS que pueden afectar sus decisiones de cuidados médicos

El tratamiento médico que usted desea depende de su salud y situación cambiantes. Cuando piense en lo que desea, recuerde que estas cuestiones pueden ser un factor influyente:

- **Pronóstico.** Frente a un problema de salud grave, usted podría preguntar a su médico acerca de las diferentes opciones de tratamiento y las posibilidades de que usted recupere la salud o prolongue su vida (su pronóstico). ¿Afectaría esta información sus decisiones sobre su cuidado médico? ¿De qué manera?

  NOTAS: _____

  _____

  _____

- **Duración y capacidad invasiva del tratamiento.** Es posible que su equipo médico también pueda informarle cuánto tiempo pueden durar el o los tratamientos, si pueden causar dolor y cuáles podrían ser los costos. ¿De qué manera (si la hubiera) podrían afectar estos factores sus decisiones sobre su cuidado médico?

  NOTAS: _____

  _____

  _____

- **Entorno.** Es posible que para ciertos tipos de tratamientos o niveles de atención médica, usted deba ser trasladado a un hogar para ancianos (asilo) u otro centro médico. Es posible que lo hospitalicen. Su estancia podría ser temporal o permanente. ¿Cómo se siente al respecto? ¿Es importante el entorno en sus decisiones de planificación de cuidados médicos?

  NOTAS: _____

  _____

  _____

- **Asistencia diaria.** ¿Qué piensa acerca de ser bañado o alimentado por un asistente a cargo de su cuidado si no pudiera hacerlo por sus propios medios? ¿Le importaría si su asistente fuera un familiar, un profesional de la salud o un voluntario?

  NOTAS: _____

  _____

  _____

3 Hable acerca de diferentes SITUACIONES

Incluso si ha considerado sus creencias básicas y los factores que pueden afectar las decisiones sobre los cuidados médicos, puede resultar difícil predecir cuál es el plan indicado para usted. Es posible que le sea más fácil pensar en lo que usted quisiera en una situación específica. Por este motivo, veamos distintas situaciones. ¿Qué tipo de tratamiento le gustaría recibir?

- **Ha sufrido un accidente cerebrovascular.** Está consciente pero no puede comunicarse ni cuidarse por sus propios medios. Vive en un centro de cuidados médicos de tiempo completo. Su familia viene a visitarlo periódicamente. Cuando ya no sea posible alimentarlo con una cuchara, ¿aceptaría alimentarse a través de un tubo?

  NOTAS: _____

- **Sufre de Alzheimer.** Usted vive con su hija pero ya no la reconoce. Su hija contrató a alguien para que lo acompañe mientras ella trabaja pero implica mucho gasto para su familia. Ha tenido neumonía tres veces este año. La próxima vez que sufra neumonía, ¿desea tomar antibióticos o simplemente asegurar su bienestar hasta el momento de su muerte?

  NOTAS: _____

- **Se encuentra en estado vegetativo crónico desde hace 16 meses.** Sus médicos no tienen esperanzas de que se recupere. En su Testamento vital, usted manifestó que no quiere que lo mantengan con vida mediante un equipo de soporte vital. A pesar de ello, sus hijos no están de acuerdo en desconectarlo del equipo. ¿Desea que sus hijos sigan los deseos estipulados prefiere que ellos decidan por usted?

  NOTAS: _____

Los formularios de directivas anticipadas del estado de Utah

Esta sección le brinda instrucciones y un formulario en blanco o de muestra para dos de los formularios de directivas anticipadas comúnmente utilizados en el estado de Utah:

- **La directiva anticipada de atención médica del estado de Utah**
- **La orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST, por sus siglas en inglés, u Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah)**

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada es un documento legal que usted puede optar por llenar como parte de su planificación anticipada de cuidados médicos. Si llegara el día en que usted no fuera capaz de tomar o comunicar sus propias decisiones, una directiva anticipada puede ayudarle a garantizar que el cuidado que usted reciba cumplirá sus valores y deseos personales.

¿Cuál es la diferencia entre los formularios?

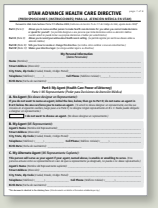
Todos los formularios de directivas anticipadas expresan sus deseos en cuanto a la atención médica recibida. Sin embargo, éstos varían en alcance y nivel de detalle. Además, generalmente se llenan en diferentes circunstancias. Consulte la siguiente tabla para comparar rápidamente dos formularios del estado de Utah.

¿Quién puede llenar una directiva anticipada?

Cualquier persona que por lo menos tenga 18 años de edad (que sea capaz de tomar decisiones propias y racionales) puede llenar una directiva anticipada. La página 12, "Información detallada sobre los formularios del estado de Utah", explica quién necesita participar en el llenado de un formulario.

Los hospitales, servicios de salud en el hogar y centros de atención para pacientes terminales están obligados a ofrecer a sus pacientes la oportunidad de llenar una directiva anticipada. Intermountain Healthcare apoya esta práctica y respeta las directivas anticipadas. De hecho, Intermountain alienta a todos los pacientes adultos a obtener una directiva anticipada, y es posible que se le ofrezca una cuando visite el hospital o la clínica. Esto no depende de su estado actual de salud ni significa que sus médicos esperan que su salud empeore.

FORMULARIOS a prima vista...

FORMULARIO	PARA qué sirve...	CUÁNDO se realiza el llenado por lo general...
Predisposiciones (instrucciones) para la Atención Médica en Utah 	La directiva anticipada de atención médica le permite: • Designar a su representante de cuidados médicos. Ésta es la persona que usted desea que tome decisiones de atención médica por usted, si usted no puede participar en la toma de decisiones. • Otorgar a su representante de cuidados médicos o a su equipo médico el derecho de retener o retirar los tratamientos para mantener la vida (tratamientos de soporte vital) en determinadas circunstancias, las cuales usted podrá especificar en el formulario.	El llenado de la directiva anticipada de atención médica del estado de Utah puede estar a cargo de un adulto en todo momento y en cualquier etapa de la vida. Muchas personas optan por llenar el formulario de la directiva de atención médica antes de enfrentarse a una enfermedad o lesión graves. Puede ser una forma de prepararse para lo inesperado, como lo sería la compra de un seguro o la práctica de un simulacro de incendio.
Orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST, por sus siglas en ingles, u Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah) 	El formulario POLST orienta al equipo médico en cuanto a la atención y los tratamientos que usted desea recibir o rechazar. El POLST es transferible, lo que significa que las instrucciones se cumplirán sin importar el lugar donde reciba tratamiento (hospital, hogar, centro especializado de enfermería o centro de atención para pacientes terminales).	El formulario POLST es casi siempre llenado en respuesta a una amenaza de salud específica. Para llenar un POLST, el equipo médico deberá participar activamente. Por esta razón, este folleto contiene sólo un formulario POLST de muestra; es decir, un formulario "no real" en blanco. En caso necesario, el equipo médico puede ayudarle a obtener y llenar un formulario POLST.

¿Qué debo hacer con mi formulario de directivas anticipadas?

Si usted decide llenar una directiva anticipada, conserve el formulario original, siguiendo las instrucciones específicas en la siguiente página. **Sin embargo, asegúrese de compartir una copia de su directiva anticipada con los demás.** Aquí le decimos cómo:

- **Lleve consigo** una copia en cualquier momento que sea ingresado en el hospital u otro centro de atención médica, o cada vez que sea transferido de un centro a otro.
- **Entregue una copia** a sus seres queridos, a su representante de cuidados médicos (si tiene alguno) y a su médico.
- **Envíe una copia** a Intermountain si desea que su directiva anticipada se conserve en su historial médico electrónico. Se podrá acceder a ella cuando (y si) es necesaria por su equipo médico en las instalaciones de Intermountain. Consulte el reverso de este folleto para obtener información sobre cómo enviar su formulario de directivas anticipadas a Intermountain para que lo conserven.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Usted puede cambiar o anular (cancelar) su formulario de directivas anticipadas en cualquier momento.

- Si usted ha llenado un nuevo formulario de directivas anticipadas, asegúrese de reemplazar cualquier copia que haya compartido con los demás. Si usted ha hecho trámites para que Intermountain conserve una copia, envíe el formulario actualizado. Sólo se utilizará la directiva más reciente.
- Si desea cancelar su directiva anticipada del todo, destruya el original y las copias que haya compartido con los demás. Si usted ha hecho trámites para que Intermountain conserve una copia, envíe el formulario actualizado o una carta firmada indicando que desea cancelar sus directivas.

¿Cómo puedo obtener más información?

Pida a su enfermera o médico más información sobre las directivas anticipadas. Ellos pueden responder sus preguntas y ayudarle a identificar el formulario más adecuado para su etapa actual de vida. Si lo desea, le pueden ayudar a llenar (o actualizar) un formulario de directivas anticipadas. Consulte también los recursos en la página posterior de este folleto.

FORMULARIOS a prima vista... *continua*

CUÁNDO entra en vigor...	QUIÉN debe participar en su llenado...	CÓMO conseguirlo...
La directiva anticipada de atención médica del estado de Utah entra en vigor sólo cuando usted no pueda seguir tomando decisiones médicas por sí mismo por cualquier motivo.	Usted se encargará de llenar el formulario de la directiva anticipada de atención médica. Un testigo necesitará firmar el documento. Consulte la página 12 para obtener información detallada sobre quién puede fungir como testigo de su formulario.	Este folleto contiene un formulario en blanco de la directiva anticipada de atención médica del estado de Utah en las páginas 13 a 18. Otros formularios en blanco se encuentran disponibles con su proveedor de cuidados de la salud y en línea en intermountainhealthcare.org/advanceplanning
El POLST es una orden para el equipo médico. El POLST entra en vigor inmediatamente, tan pronto como se llene y firme.	Para llenar un POLST, usted (o alguien que hable en su nombre) deberá trabajar en estrecha colaboración con los miembros de su equipo médico. Consulte la página 12 para obtener más información.	Este folleto contiene una muestra de ejemplo del formulario POLST en las páginas 19 a 22. Su equipo médico puede ayudarle a obtener y llenar un formulario POLST oficial en caso necesario.

Información detallada sobre los formularios del estado de Utah

La directiva anticipada de atención médica del estado de Utah

CONFORME A LA SECCIÓN 75-2A-117, CÓDIGO ANOTADO DE UTAH (UCA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

La directiva anticipada de atención médica del estado de Utah es un documento legal que le permite designar a su representante de cuidados médicos; es decir, a la persona que tomará decisiones de atención médica por usted si usted no puede tomarlas o expresarlas por sí mismo. El formulario también puede otorgarle a su representante de cuidados médicos o a su equipo médico el derecho de retener o retirar los tratamientos para mantener la vida (de soporte vital) en determinadas circunstancias, las cuales usted podrá especificar en el formulario.

La directiva anticipada de atención médica es un documento muy flexible. Usted puede llenar algunas o todas las partes del formulario. Por ejemplo, puede optar por no nombrar a un representante de cuidados médicos y utilizar el formulario únicamente para registrar sus preferencias sobre los tratamientos para mantener la vida. O puede optar por nombrar a un representante solamente. En el formulario usted podrá especificar el poder que desea que su representante tenga o no tenga. También puede elegir que su representante de atención médica posea cierta autoridad en el presente aun cuando usted pueda tomar decisiones por sí mismo. O bien, puede optar por permitir que su representante tome decisiones solamente si usted no puede hacerlo por sí mismo.

NOTA: la directiva anticipada de atención médica no es un poder notarial general o limitado que pueda utilizarse para transacciones financieras. Sin embargo, la puede utilizar su representante de atención médica para obtener información en su beneficio, tal como expedientes médicos e información de facturación y pagos de atención médica.

¿Quién debe participar en su llenado?

- **Usted** debe llenar los espacios en blanco en las Partes I y II. En la Parte IV, usted debe escribir la fecha y firmar el formulario en presencia de un testigo.
- **Un testigo** deberá presenciar que usted firme el formulario y luego firmarlo él mismo en la Parte IV. El testigo puede ser cualquier persona que tenga al menos 18 años de edad y que:
  - NO tenga un vínculo sanguíneo ni matrimonial con usted
  - NO sea el representante de cuidados médicos que usted designó en el formulario
  - NO sea responsable de su atención médica, ya sea en forma financiera o como asistente de salud
  - NO sea alguien que se beneficiará económicamente con su muerte (por ejemplo, un beneficiario de su póliza de seguro de vida o un heredero)

Las directivas orales (habladas) también son legales. Usted puede contarle a un testigo sus deseos y pedirle que los registre en el formulario junto con las circunstancias.

La orden médica para tratamientos que mantienen la vida

(POLST, por sus siglas en inglés, u Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah)

NORMA R432-31 DEL ESTADO DE UTAH

La orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST, por sus siglas en inglés, u Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah) incluye instrucciones (órdenes) para sus médicos y otras personas encargadas de la atención médica. El POLST especifica sus deseos sobre los tratamientos para mantener la vida y otros tipos de cuidados. El POLST es transferible, lo que significa que las instrucciones se cumplirán sin importar el lugar donde reciba tratamiento (hospital, hogar, centro especializado de enfermería o centro atención para pacientes terminales).

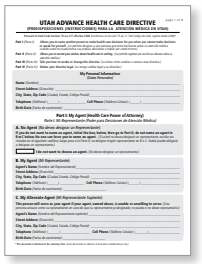
¿Quién debe participar en su llenado?

Antes de firmar y fechar el POLST, usted o alguien **que hable ensu nombre deberá trabajar en estrecha colaboración con los proveedores de cuidados de la salud:**

- **Un proveedor de cuidados de la salud** como una enfermera, un médico, un trabajador social, una enfermera titulada o un asistente médico podrá hablar con usted para explicarle y preparar el POLST. Esta persona también deberá firmar el formulario en la sección F.
- **Un médico o cualquier otro profesional con licencia médica** (por ejemplo, un asistente médico o una enfermera de práctica clínica avanzada) deberá revisar también el formulario y firmarlo en la sección F. Tenga presente que esta persona podría ser la misma que prepare el formulario consultándolo con usted, según lo descrito anteriormente.

Tenga en cuenta que si el POLST se refiere a un menor (persona menor de 18 años), deberá ser firmado por un padre o tutor y por dos proveedores de cuidados de la salud.

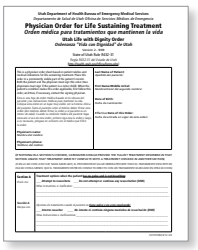
Un formulario en blanco de la directiva anticipada de atención médica del estado de Utah se encuentra a su disposición en las páginas 13 a 18.


UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE
(PREDISPOSICIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Si elige llenar el formulario:

- **Conserve el original** en un lugar seguro y de fácil acceso. (NO se recomienda depositarlo en una caja de seguridad bajo llave).
- **Comparta copias** de su directiva en las maneras descritas en la página posterior de este folleto.

Se ofrece un ejemplar de muestra del formulario POLST en las páginas 19 a 22.


Physician Order for Life Sustaining Treatment
Orden médica para tratamientos que mantienen la vida
Utah Life with Dignity Order
Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah

Si usted tiene un POLST:

- **Guarde el formulario original del POLST** en su hogar, en un lugar visible o en donde pueda ser encontrado fácilmente. Considere colocarlo en la puerta del refrigerador o en la pared sobre su cama. Si el POLST se refiere a un menor, es recomendable conservarlo en el tubo EMS-C en el entrepaño superior de la puerta interna del refrigerador.
- **Comparta copias d**e su directiva en las maneras descritas en la página posterior de este folleto.

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Pursuant to Utah Code Sections 75-2a-117 effective 2008 *(Conforme a la Sección 75-2a-117 del Código de Utah, vigente desde 2008)**

Part I *(Parte I)*: Allows you to name another person to make health care decisions for you when you cannot make decisions or speak for yourself. (*Le permite designar a una persona que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones o hablar por usted mismo.)*

Part II *(Parte II)*: Allows you to record your wishes about health care in writing. (*Le permite registrar por escrito sus deseos sobre su atención médica.)*

Part III *(Parte III)*: Tells you how to revoke or change this directive. (*Le indica cómo cambiar o revocar esta directiva.)*

Part IV *(Parte IV)*: Makes your directive legal. (*Le otorga validez legal a su directiva.)*

My Personal Information
(*Datos Personales)*

Name *(Nombre)*:_____

Street Address (*Dirección)*: _____

City, State, Zip Code (*Ciudad, Estado, Código Postal)*:_____

Telephone (*Teléfono)*: (_____) _____ **Cell Phone** (*Teléfono Celular)*: (_____) _____

Birth Date (*Fecha de nacimiento)*: _____

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney)

Parte I: Mi Representante (Poder para Decisiones de Atención Médica)

A. No Agent *(No deseo designar un Representante):*

If you do not want to name an agent, initial the box, below, then go to Part II; do not name an agent in B or C below. No one can force you to name an agent. (*Si usted no desea designar un representante, escriba sus iniciales en el siguiente casillero, luego pase a la Parte II; no designe ningún representante en B o C. Nadie puede obligarlo a designar un representante.)*

☐ **I do not want to choose an agent.** *(No deseo designar un representante.)*

B. My Agent (*Mi Representante*):

Agent's Name (*Nombre del Representante)*:_____

Street Address (*Dirección)*: _____

City, State, Zip Code (*Ciudad, Estado, Código Postal)*: _____

Telephone (*Teléfono)*: (_____) _____ **Cell Phone** (*Teléfono Celular)*: (_____) _____

Birth Date (*Fecha de nacimiento)*: _____

C. My Alternate Agent (*Mi Representante Suplente):*

This person will serve as your agent if your agent, named above, is unable or unwilling to serve. (*Esta persona actuará como su representante en caso de que su representante ya designado, no pueda o no desee representarlo.)*

Agent's Name (*Nombre del Representante suplente)*: _____

Street Address (*Dirección)*: _____

City, State, Zip Code (*Ciudad, Estado, Código Postal)*: _____

Telephone (*Teléfono)*: (_____) _____ **Cell Phone** (*Teléfono Celular)*: (_____)_____

Birth Date (*Fecha de nacimiento)*: _____

*This document is identical to the statutory form. (*Este documento es idéntico al formulario establecido por ley.)*

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney) (continued)
(*Parte I: Mi Representante (continuación)*)

D. Agent's Authority *(Facultad de mi representante):*

If I cannot make decisions or speak for myself (in other words, after my physician or APRN finds that I lack health care decision making capacity under Section 75-2a-104 of the Advance Health Care Directive Act), my agent has the power to make any health care decision I could have made such as, but not limited to: (*En caso de no poder tomar decisiones o hablar por mí mismo (es decir, luego de que mi médico o enfermera registrada de prácticas avanzadas (APRN, por sus siglas en inglés) determine que carezco de capacidad para tomar decisiones referentes a mi atención médica, conforme a la Sección 75-2a-104 de la Ley de Directiva para la Predisposición de la Atención Médica), mi representante tiene la facultad de tomar cualquier decisión sobre mi atención médica que podría haber tomado yo, tales como pero sin limitarse a):*

- **Consent to, refuse, or withdraw any health care. This may include care to prolong my life such as food and fluids by tube, use of antibiotics, CPR (cardiopulmonary resuscitation), and dialysis, and mental health care, such as convulsive therapy and psychoactive medications. This authority is subject to any limits in paragraph F of Part I or in Part II of this directive.** *(Aceptar, rechazar o cancelar cualquier tipo de atención médica. Esto puede incluir tratamientos de soporte vital (para prolongar mi vida), la ingesta de alimentos y líquidos por intubación, uso de antibióticos, resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), y diálisis, y atención de salud mental, como terapia convulsiva y medicamentos psicoactivos. Esta autoridad está sujeta a las limitaciones especificadas en el párrafo F de la Parte I o en la Parte II de esta directiva.)*
- **Hire and fire health care providers.** *(Contratar o despedir a proveedores de atención médica.)*
- **Ask questions and get answers from health care providers.** *(Hacer preguntas y obtener respuestas de los proveedores de atención médica.)*
- **Consent to admission or transfer to a health care provider or health care facility, including a mental health facility, subject to any limits in paragraphs E or F of Part I.** (*Aceptar la admisión o transferencia a un proveedor de atención médica o una institución de atención médica, incluyendo instituciones de atención psiquiátrica, sujeto a las limitaciones establecidas en el párrafo E o F de la Parte I.)*

Get copies of my medical records. *(Obtener copias de mis registros médicos.)*

Ask for consultations or second opinions. *(Solicitar consultas o segundas opiniones.)*

My agent cannot force health care against my will, even if a physician has found that I lack health care decision making capacity. *(Mi representante no puede hacer que reciba atención médica contra mi voluntad, ni siquiera cuando un médico haya determinado que carezco de capacidad para tomar decisiones referentes al cuidado de mi salud.)*

E. Agent's Authority when I can speak for myself (*Poder del representante aun cuando pueda tomar decisiones por mí mismo):*

Agent's authority when I can speak for myself. Complete this section ONLY IF you want your Agent to have authority to access your health care records starting today. Otherwise, your Agent may only access your health records if you can't speak for yourself, as explained in Section D above. ***Poder del representante aun cuando pueda tomar decisiones por mí mismo.*** *Llene esta sección SOLAMENTE SI desea que su Representante posee la autoridad para acceder a su expediente médico a partir de hoy. De lo contrario, su Representante sólo podrá acceder a su expediente médico si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, como se explica en la Sección D anterior.*

My agent has the powers below ONLY IF I initial the "yes" option that precedes the statement. I authorize my agent to: *Mi representante posee la autoridad para lo siguiente SÓLO SI elijo la opción "sí" que precede a cada declaración. Autorizo a mi representante a:*

Medical Records *(Expediente médico)*

_____**YES** (*SÍ*) **Access all my medical records; OR** *(Acceder a la totalidad de mi expediente médico; O)*

_____**YES** (*SÍ*) **Access my medical records for the treatment dates of _____ to _____; and** *(Acceder a mi expediente médico durante las fechas de tratamiento de _____ a _____; y)*

_____**YES** (*SÍ*) **Access my sensitive medical information which includes any mental health treatment, psychological testing, addiction treatment, treatment for HIV or sexually transmitted diseases.** *(Acceder a mi información médica delicada que incluye cualquier tratamiento de salud mental, pruebas psicológicas, tratamiento de adicciones y tratamientos para el VIH o enfermedades de transmisión sexual.)* (Obtener copias de mis registros médicos en cualquier momento, aún cuando o pueda habla por mí mismo.)

_____**YES** (*SÍ*) **Other (please specify)** *(Otro (especifique))* _____

Healthcare Financial Records *(Expediente financiero de atención médica)*

_____**YES** (*SÍ*) **Access all my healthcare financial , billing and payment records; OR** *(Acceder a la totalidad de mi expediente financiero, de facturación y de pagos de atención médica; O)*

_____**YES** (*SÍ*) **Access my healthcare financial, billing and payment records for the treatment dates of _____ to _____.** *(Acceder a mi expediente financiero, de facturación y de pagos de atención médica durante las fechas de tratamiento de _____ a _____.)*

_____**YES** (*SÍ*) **Other (please specify)** *(Otro (especifique))* _____.

Name *(Nombre):* _____

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney) (continued)
(*Parte I: Mi Representante (continuación)*)

F. Other Authority Including Limits/Expansion of Authority *(Otros tipos de autoridad, incluyendo límites o ampliaciones del poder)*

My agent has the powers and limitations below ONLY IF I initial the "yes" option that precedes the statement. I authorize my agent to: *(Mi representante posee la autoridad y las limitaciones para lo siguiente SÓLO SI elijo la opción "sí" que precede a cada declaración. Autorizo a mi representante a):*

_____**YES** (*SÍ*) Admit me to a licensed health care facility, such as a hospital, nursing home, assisted living, or other facility for long-term placement other than convalescent or recuperative care. *(Encargarse de mi ingreso a un centro de salud autorizado, tal como un hospital, hogar paraancianos, residencia de vivienda asistida u otro establecimiento a largo plazo sin incluir cuidados de convalecencia o de recuperación.)*

_____**YES** (*SÍ*) I wish to limit or expand the powers of my health care agent as follows: *(Deseo limitar o ampliar el poder de mi representante de atención médica de la siguiente manera)* _____

_____

G. Other Authority (*Otras facultades*):

Even though appointing an agent should help you avoid a guardianship, a guardianship may still be necessary. Initial the "YES" option if you want the court to appoint your agent or, if your agent is unable or unwilling to serve, your alternate agent, to serve as your guardian, if a guardianship is ever necessary.

(*Aunque designar a un representante lo ayude a evitar una tutoría, la misma todavía puede ser necesaria. Marque con sus iniciales la opción "SÍ" si desea que el tribunal le asigne un representante o, en caso de que su representante no pueda o no desee representarlo, su representante suplente actúe como su tutor, si es que una tutoría es necesaria.)*

_____**YES** (*SÍ*) _____**NO** I, being of sound mind and not acting under duress, fraud, or other undue influence, do hereby nominate my agent, or if my agent is unable or unwilling to serve, I hereby nominate my alternate agent to serve as my guardian in the event that, after the date of this instrument, become incapacitated.

(*Yo, en pleno uso de mis facultades mentales y sin actuar bajo coacción, fraude, u otro tipo de influencia indebida, por la presente designo a mi representante o, en caso de que mi representante no pueda o no desee representarme, designo a mi representante suplente, para que actúe como mi tutor en caso de que, con posterioridad a la fecha de este documento, yo quede incapacitado.)*

H. Consent to Participate in Medical Research: (*Consentimiento para participar en investigaciones médicas):*

_____**YES** (*SÍ*) _____**NO** **I authorize my agent to consent to my participation in medical research or clinical trials, even if I may not benefit from the results.**

(*Autorizo a mi representante a aceptar mi participación en investigaciones médicas o ensayos clínicos, aún cuando no me beneficie con los resultados.)*

I. Organ Donation (*Donación de órganos):*

_____**YES** (*SÍ*) _____**NO** **If I have not otherwise agreed to organ donation, my agent may consent to the donation of my organs for the purpose of organ transplantation**.

(*Si no he manifestado mi voluntad de donar mis órganos de algún otro modo, mi representante puede aceptar la donación de mis órganos para transplantes.)*

Name *(Nombre)*: _____

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part II: My Health Care Wishes (Living Will)

(*Parte II: Mis deseos sobre mi Atención Médica (Testamento vital)*)

I want my health care providers to follow the instructions I give them when I am being treated, even if my instructions conflict with these or other advance directives. My health care providers should always provide health care to keep me as comfortable and functional as possible.

(Deseo que mis proveedores de atención médica sigan las instrucciones que les dé cuando esté bajo tratamiento, aún cuando mis instrucciones contradigan éstas u otras directivas anticipadas. Mis proveedores de atención médica siempre deben brindarme asistencia médica para que pueda permanecer cómodo y funcional tanto como sea posible.)

Choose only one of the following options, numbered Option 1 through Option 4, by placing your initials before the numbered statement. Do not initial more than one option. If you do not wish to document end-of-life wishes, initial Option 4. You may choose to draw a line through the options that you are not choosing.

(Elija solo una de las siguientes opciones, de la Opción 1 a la Opción 4, colocando sus iniciales antes de la declaración numerada. No marque con sus iniciales más de una opción. Si no desea documentar sus deseos para el final de la vida, coloque sus iniciales en la Opción 4. Puede trazar una línea sobre las opciones que no elija.)

Option 1 *(Opción 1)*		
_____ **Initial** *(Marcar)*	**I choose to let my agent decide.** I have chosen my agent carefully. I have talked with my agent about my health care wishes. I trust my agent to make the health care decisions for me that I would make under the circumstances.	(*Elijo permitir que mi representante decida. He seleccionado cuidadosamente a mi representante. He dialogado con mi representante sobre mis deseos en relación con mi atención médica. Confío en que mi representante tomará las decisiones de atención médica que yo tomaría bajo las mismas circunstancias.)*
Additional Comments (*Comentarios adicionales*):		

Option 2 *(Opción 2)*		
_____ **Initial** *(Marcar)*	**I choose to prolong life.** Regardless of my condition or prognosis, I want my healthcare team to try to prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.	*(Elijo prolongar mi vida. Más allá de mi estado de salud o del pronóstico médico, deseo que mi equipo de atención médica intente prolongar mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.)*
Other *(Otros)*:		

Name *(Nombre)*: _____

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part II: My Health Care Wishes (Living Will) (continued)

(*Parte II: Mis deseos sobre mi Atención Médica (Testamento vital) (continuación)*)

Option 3 *(Opción 3)*

_____ **Initial** *(Marcar)*	**I choose not to receive care for the purpose of prolonging life,** including food and fluids by tube, antibiotics, CPR, or dialysis being used to prolong my life. I always want comfort care and routine medical care that will keep me as comfortable and functional as possible, even if that care may prolong my life.	*(Elijo no recibir atención con el propósito de prolongar mi vida, incluyendo la ingesta de alimentos y líquidos por intubación, el uso de antibióticos, el suministro de CPR, o de diálisis. Deseo recibir siempre cuidados orientados al bienestar y atención médica de rutina para permanecer tan cómodo y funcional como sea posible, aún cuando ese tipo de atención prolongue mi vida.)*

If you choose this option, you must also choose either (a) or (b), below (*Si elige esta opción, también debe elegir (a) o (b), a continuación)*

_____ **Initial** *(Marcar)*	**(a) I put no limit on the ability of my health care provider or agent to withhold or withdraw life-sustaining care.** If you selected (a), above, do not choose any options under (b).	**(a)** (*No impongo limitaciones en la capacidad de mi proveedor de atención médica o mi representante para mantener o cancelar la atención para prolongar la vida. Si seleccionó la opción (a), no elija ninguna de las opciones de (b).)*
_____ **Initial** *(Marcar)*	**(b) My health care provider should withhold or withdraw life-sustaining care if at least one of the initialed conditions is met:**	**(b)** *(Mi proveedor de atención médica debe mantener o cancelar la atención para prolongar la vida, si se cumple al menos una de las condiciones marcadas:)*

Option 3 Part (b) only *(Sólo opción 3(b))* You may initial more than one option *(Puede marcar más de una opción)*		
		I have a progressive illness that will cause death *(Tengo una enfermedad progresiva que me provocará la muerte)*
		I am close to death and I am unlikely to recover *(Estoy cerca de la muerte y es poco probable que me recupere)*
		I cannot communicate and it is unlikely that my condition will improve *(No puedo comunicarme y es poco probable que mi estado de salud mejore)*
		I do not recognize my friends or family and it is unlikely that my condition will improve *(No reconozco a mis familiares y amigos y es poco probable que mi estado de salud mejore)*
		I am in a persistent vegetative state *(Me encuentro en estado vegetativo persistente)*

Other *(Otros)*:

Option 4 *(Opción 4)*

_____ **Initial** *(Marcar)*	**I do not wish to express preferences about health care wishes in this directive.**	(*No deseo expresar preferencias de mis deseos referentes a mi atención médica en esta directiva.)*

Other *(Otros)*:

Additional instructions about your health care wishes:
(*Instrucciones adicionales sobre sus deseos con respecto a su atención médica):*

_____

_____

If you do not want emergency medical service providers to provide CPR or other life sustaining measures, you must work with a physician or APRN to complete an order that reflects your wishes on a form approved by the Utah Department of Health. (*Si usted no desea que los proveedores de atención médica de emergencia le suministren CPR o algún otro método para prolongar la vida, debe pedir ayuda a un médico o un(a) APRN para completar una orden que refleje sus deseos en un formulario aprobado por el Departamento de Salud de Utah.)*

Name *(Nombre)*: _____

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part III: Revoking or Changing a Directive (Parte III: Cambiar o Revocar una Directiva)

I may revoke or change this directive by (*Puedo cambiar o revocar esta directiva si*):

- **Writing "void" across the form, burning, tearing, or otherwise destroying or defacing this document or directing another person to do the same on my behalf** (*Escribo "anulado" en el formulario, quemo, rompo, o de otro modo destruyo o desfiguro este documento o pido a otra persona que lo haga en mi nombre);*
- **Signing a written revocation of the directive, or directing another person to sign a revocation on my behalf** (*Firmo una revocación por escrito de la directiva, o pido a otra persona que firme una revocación en mi nombre*);
- **Stating that I wish to revoke in the presence of a witness who: is 18 years of age or older, will not be appointed as my agent in a substitute directive; who will not become a default surrogate if the directive is revoked; and signs and dates a written document confirming my statement; or** (*Declaro que deseo revocar la directiva en presencia de un testigo que: tiene 18 años de edad o más; no será designado como mi representante en una directiva sustituta; no se convertirá en un sustituto por defecto si la directiva es revocada; y firma y coloca fecha a un documento escrito que confirma mi declaración; o)*
- **Signing a new directive.** (If you sign more than one Advance Health Care Directive, the most recent one applies.) (*Firmo una nueva directiva. (Si firma más de un formulario de Predisposiciones (instrucctiones) para la Atención Médica en Utah, se aplica el más reciente.))*

Part IV: Making the Document Legal (Parte IV: Otorgar Validez Legal al Documento)

I sign this directive voluntarily. I understand the choices I have made, and declare that I am emotionally and mentally competent to make this directive. My signature on this form revokes any living will or power of attorney form naming a health care agent that I have completed in the past. (*Firmo esta directiva voluntariamente. Comprendo las elecciones que he hecho y declaro que soy emocional y mentalmente competente para realizar esta directiva. Mi firma en este formulario revoca cualquier formulario de testamento en vida o poder que designe a un representante de atención médica que haya completado anteriormente.)*

_____ Date (*Fecha)*

_____ Signature (*Firma)*

_____ City, County, and State of Residence (*Ciudad, Condado y Estado de Residencia)*

I have witnessed the signing of this directive, I am 18 years of age or older, and I am not (*Fui testigo de la firma de esta directiva, soy mayor de 18 años de edad y no):*

1. **Related to the declarant by blood or marriage** (*tengo un vínculo de sangre o matrimonial con el declarante*);
2. **Entitled to any portion of the declarant's estate according to the laws of intestate succession of any state or jurisdiction or under any will or codicil of the declarant** (*tengo derecho de recibir ninguna porción del patrimonio del declarante conforme a las leyes de sucesión intestada de cualquier estado o jurisdicción o bajo cualquier testamento o codicilo del declarante)*,
3. **A beneficiary of a life insurance policy, trust, qualified plan, pay on death account, or transfer or death deed that is held, owned, made, or established by, or on behalf of, the declarant** (*soy beneficiario de una póliza de seguro de vida, fideicomiso, plan calificado, cuenta de pago al fallecer, o transferencia o escritura por fallecimiento, que sean propiedad del declarante, o hayan sido constituidos o establecidos por, o en nombre del declarante*);
4. **Entitled to benefit financially upon the death of the declarant** (*tengo derecho de obtener beneficios financieros por la muerte del declarante)*;
5. **Entitled to a right to, or interest in, real or personal property upon the death of the declarant** *(tengo derecho a, o interés por, bienes reales o personales por la muerte del declarante);*
6. **Directly financially responsible for the declarant's medical care** (*soy el responsable financiero directo de la atención médica del declarante)*;
7. **A health care provider who is providing care to the declarant or an administrator at a health care facility in which the declarant is receiving care or** (*soy un proveedor de atención médica que le está brindando atención al declarante o un administrador en una institución médica donde el declarante esté recibiendo atención; ni)*;
8. **The appointed agent or alternate agent.** (*soy el representante designado o el suplente.)*

_____ **Signature of Witness** (*Firma del testigo)*

_____ **Printed Name of Witness** (*Nombre en letra de imprenta del testigo)*

_____ **Street Address** (*Dirección)*

_____ **City** (*Ciudad)*

_____ **State** (*Estado)*

_____ **Zip** (*Código Postal)*

If the witness is signing to confirm a spoken directive, describe below the circumstances under which the directive was made.
(*Si el testigo firma para confirmar una directiva oral (verbal), describir a continuación las circunstancias bajo las cuales se realizó la directiva.)*

_____

_____

Name *(Nombre):* _____

Utah Department of Health Bureau of Emergency Medical Services
Departamento de Salud de Utah Oficina de Servicios Médicos de Emergencia

Physician Order for Life Sustaining Treatment
Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order
Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah

Version 2 - 9/09

State of Utah Rule R432-31
Regla R432-31 del Estado de Utah
(http://health.utah.gov/hflcra/forms.php)

This is a physician order sheet based on patient wishes and medical indications for life-sustaining treatment. Place this order in a prominently visible part of the patient's record. Both the patient and the physician must sign this order (two physicians must sign if the patient is a minor child). When the patient's condition makes this order applicable, initiate this order, and then, if necessary, contact the signing physician. *Esta es una hoja de orden médica basada en los deseos del paciente y las indicaciones médicas para mantener la vida. Coloque esta orden en un lugar muy visible de la historia clínica del paciente. Tanto el paciente como el médico deben firmar esta orden (dos médicos deben firmar la orden si el paciente es menor de edad). Cuando la condición médica del paciente haga necesario el uso de esta orden, primero siga esta la orden y luego, si es necesario, póngase en contacto con el médico que firmó la orden.* **Physician's name:** *Nombre del médico:* **Physician's phone:** *Teléfono del médico:*	**Last Name of Patient:** *Apellido del paciente:* **First Name/Middle Initial:** *Nombre/Inicial del segundo nombre:* **Date of Birth:** *Fecha de nacimiento:* Effective **Date of this Order:** *Fecha de entrada en vigor de esta orden:*

MUESTRA SOLAMENTE.
Usted puede hablar con su proveedor de atención médica para completar una versión oficial de este formulario.

(IF NOTHING IN A SECTION IS CHECKED, CAREGIVERS SHOULD PROVIDE THE FULLEST TREATMENT DESCRIBED IN THAT SECTION *UNLESS THAT TREATMENT DIRECTLY CONFLICTS WITH A TREATMENT CHECKED IN ANOTHER SECTION*)

(SI EN LA SECCION A NO HAY NADA MARCADO, EL PROVEEDOR DE SALUD DEBERA PROVEER TODO EL TRATAMIENTO DESCRITO EN ESA SECCION A MENOS QUE EL TRATAMIENTO ENTRE EN CONFLICTO DIRECTO CON UN TRATAMIENTO MARCADO EN OTRA SECCION*)*

Section A Check one	**Treatment options when the patient has no pulse and is not breathing:** ___ **Attempt to resuscitate** ___ **Do not attempt or continue any resuscitation (DNR)** Other instructions or clarification: _____
Sección A *Marque uno*	*Opciones de tratamiento cuando el paciente no **tiene pulso y no esta respirando:*** ___ ***Intente resucitar*** ____ ***No intente ni continúe ninguna maniobra de resucitación (DNR)*** *Otras instrucciones o clarificaciones:*_____

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order ***Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah***

Section B

Check one

Treatment options when the patient has a pulse and is breathing:

___ **Comfort measures only**: Oral and body hygiene, reasonable efforts to offer food and fluids orally, medication, oxygen, positioning, warmth, and other measures to relieve pain and suffering. Provide privacy and respect for the dignity and humanity of the patient. **Transfer to hospital only if comfort measures can no longer be effectively managed at current setting.**

___ **Limited additional interventions**: Includes care above. May also include suction, treatment of airway obstruction, bag/valve/mask ventilation, monitoring of cardiac rhythm, medications, IV fluids. **Transfer to hospital if indicated, but no endotracheal intubation or long-term life support measures.**

Other instructions or clarification: _____

_____

___ **Full treatment:** Includes all care above plus endotracheal intubation, defibrillation/cardioversion, and any other life sustaining care required.

If necessary, transfer to (hospital name): _____

Other instructions or clarification: _____

_____

Sección B

Marque uno

Opciones de tratamiento cuando el paciente tiene pulso y está respirando:

___ ***Solamente medidas para la comodidad (confort):*** *higiene oral y corporal; esfuerzos razonables para proveer alimentos y líquidos por vía oral, medicamentos, oxígeno, cambios de posición, abrigo y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Proporcionar privacidad intimidad y respeto por la dignidad y la humanidad del paciente.* ***Transferir al hospital sólo si las medidas de comodidad (confort) ya no pueden proveerse de manera eficaz en el sitio donde se halla el paciente.***

___ ***Intervenciones adicionales limitadas:*** *Incluye las atenciones anteriormente mencionadas. Adicionalmente puede incluir aspiración, tratamiento de la obstrucción de las vías respiratorias, ventilación por una bolsa/válvula/máscara, monitoreo del ritmo cardíaco, medicación y administración de líquidos Intravenosos.* ***Trasferencia al hospital si esta indicado, pero no incluye intubación endotraqueal o medidas para mantener y prolongar la vida a largo plazo.***

*Otras instrucciones o aclaraciones:*_____

_____

___ ***Tratamiento completo:*** *Incluye todas las atenciones anteriormente mencionadas; más intubación endotraqueal, desfibrilación/cardioversión y cualquier otra atención necesaria para mantener la vida.*

Si es necesario, transferir al hospital (incluya el nombre del hospital): _____

*Otras instrucciones o aclaraciones:*_____

_____

Section C

Check all that apply

Antibiotics: (Comfort measures are always provided)

___ No antibiotics

___ Antibiotics may be administered

Other instructions or clarification: _____

_____

Sección C

Marque todo lo que aplica

Antibióticos: (Las medidas de comodidad/confort son proporcionadas siempre)

___ *No antibióticos*

___ *Es posible administrar antibióticos*

*Otras instrucciones o aclaraciones:*_____

_____

MUESTRA SOLAMENTE.
Usted puede hablar con su proveedor de atención médica para completar una versión oficial de este formulario.

IHCPOD803/12-09

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order ***Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah***

Section D
Check all that apply

Artificially administered fluid and nutrition: (Comfort measures are always provided)

Feeding tube:

___ No feeding tube
___ Defined trial period of feeding tube
___ Long-term feeding tube

IV Fluids:

___ No IV fluids
___ Defined trial period of IV fluids
___ IV fluids

Other instructions or clarification: _____

_____

Sección D
Marque todo lo que aplica

Administración artificial de líquidos/fluidos y nutrición: (Siempre se proveen medidas de comodidad/confort)

Sonda de alimentación:

___ *No sonda de alimentación*
___ *Período de prueba definido de sonda de alimentación*
___ *Sonda de alimentación a largo plazo*

Líquidos IV:

___ *No líquidos IV*
___ *Período de prueba definido de líquidos/fluidos IV*
___ *Líquidos/Fluidos IV*

Otras instrucciones o aclaración: _____

_____

Section E
Check all that apply

Discussed with:

___ Patient / Parent(s) of minor child
___ Surrogate (source of legal authority, name and phone number):

_____

___ Other (name and phone number): _____

Sección E
Marque todo lo que aplica

Discutido con:

___ *Paciente / Padre (s) del menor*
___ *Representante legal (fuente de autoridad legal, nombre y número de teléfono):* _____

_____

___ *Otro (nombre y número de teléfono):* _____

MUESTRA SOLAMENTE.
Usted puede hablar con su proveedor de atención médica para completar una versión oficial de este formulario.

Patient preferences to guide for physician in ordering life-sustaining treatment

Preferencias del paciente para guiar al médico al ordenar los tratamientos para mantener la vida

Section F

I have given significant thought to life-sustaining treatment. Please see the following for more information about my preferences:

Advance Directive ___ no ___ yes

Other: _____

I have expressed my preferences to my physician or health care provider(s) and agree with the treatment order on this document. Please review these orders if there is a substantial permanent change in my health status, such as:

Close to death	Advance progressive illness	Improved condition
Permanently unconscious	Extraordinary suffering	Surgical procedures

Sección F

Yo he pensado seria y significativamente sobre los tratamientos para mantener la vida. Por favor consulte lo siguiente para obtener más información acerca de mis preferencias:

Instrucciones anticipadas ___ *no* ___ *sí*

Otros: _____

Le he expresado mis preferencias a mi médico o proveedor(es) de cuidados de la salud y estoy de acuerdo con los tratamientos ordenados en este documento. Por favor, revise estas órdenes en caso de que exista un cambio sustancial y permanente en mi estado de salud, como sería:

Cercanía a la muerte	*Avanzada enfermedad progresiva*	*Mejoría de mi condición*
Permanentemente inconsciente	*Sufrimiento extraordinario*	*Procedimientos quirúrgicos*

Physician Order for Life Sustaining Treatment

Orden médica para tratamientos que mantienen la vida

Utah Life with Dignity Order ***Ordenanza "Vida con Dignidad" de Utah***

Section F (continued) ***Sección F*** *(continuado)*	**Brief summary of medical condition and brief explanation of treatment choice:** _____ _____ _____ *Resumen breve de la condición médica y una breve explicación del tratamiento elegido:* _____ _____		
	Signature of person preparing form (if not patient's physician) *Firma de la persona que elaboró el formulario (si no es el médico del paciente)*	Print name and phone number *Escriba el nombre y número de teléfono*	Date prepared: *Fecha de la elaboración:*
	Signature of physician or other licensed practitioner *Firma del médico u otro profesional con licencia*	Print name and license number *Escriba el nombre y el número de la licencia*	Date signed: *Fecha de la firma:*
	Signature of second physician or other licensed practitioner (required for minor patients only) *Firma del segundo médico u otro profesional con licencia (obligatoria sólo para pacientes menores de edad)*	Print name and license number *Escriba el nombre y el número de la licencia*	Date signed: *Fecha de la firma:*
	Patient, parent, or surrogate signature *Firma del paciente, padre, o representante legal*	Print name and phone number *Escriba el nombre y número de teléfono*	Date signed: *Fecha de la firma:*
	Patient, parent, or surrogate signature *Firma del paciente, padre, o representante legal*	Print name and phone number *Escriba el nombre y número de teléfono*	Date signed: *Fecha de la firma:*

MUESTRA SOLAMENTE.

Usted puede hablar con su proveedor de atención médica para completar una versión oficial de este formulario.

Review and Change to Life with Dignity Order

Review this form whenever any of the following happen:

1. The patient is transferred from one care setting to another;
2. The patient's health status changes substantially and permanently; or
3. The patient's treatment preferences change.

– If the patient or the patient's surrogate changes the treatment preferences in this order, complete a new form and place it in the patient's medical record.

– This form is valid for both adult and pediatric patients.

A COPY OF THIS FORM MUST ACCOMPANY THE PATIENT WHEN TRANSFERRED OR DISCHARGED (INCLUDING TRANSFERS TO HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS)

Revisión y cambios a la orden de Vida con Dignidad

Revise esta forma siempre que suceda alguno de los siguientes eventos:

1. *El paciente es transferido de un sitio de atención a otro;*
2. *El estado de salud del paciente cambia sustancial y permanentemente; o*
3. *Las preferencias de tratamiento del paciente cambian.*

– Si el paciente o el representante legal del paciente cambia las preferencias de tratamiento en esta orden, complete un nuevo formulario y colóquelo en la historia médica del paciente.

– Esta forma es válida para pacientes adultos y pediátricos

UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DEBE ACOMPAÑAR AL PACIENTE CUANDO SEA TRASFERIDO O DADO DE ALTA (INCLUYENDO TRANSFERENCIAS A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL)

IHCPOD803/12-09

Glosario de los términos usados en la Planificación anticipada de cuidados médicos

El conocimiento de los siguientes términos médicos y legales le ayudará a hacer su planificación anticipada de cuidados médicos.

Atención para enfermos terminales: atención médica de apoyo ofrecida a los pacientes con una esperanza de vida no mayor de 6 meses. La atención para pacientes terminales no tiene por objeto tratar las enfermedades ni prolongar la vida. Por el contrario, tienen como objetivo proporcionar la mejor calidad de vida posible en el tiempo restante de vida. Esta atención busca mantener a los pacientes cómodos y libres de dolor, además de satisfacer sus necesidades espirituales, emocionales y sociales únicas. Usted, su familia y su médico decidirán de manera conjunta si esta atención es necesaria, cuándo deberá comenzar y dónde deberá recibirla (en casa o en algún centro médico).

Cuidados paliativos: tratamientos ofrecidos por un equipo médico centrados en mejorar la calidad de vida del paciente y en el control del dolor y otros síntomas de enfermedad. Los cuidados paliativos pueden ser utilizados por sí mismos o como apoyo a la atención médica destinada a tratar enfermedades.

Diálisis: tratamiento para limpiar la sangre cuando los riñones no pueden hacerlo. La diálisis se hace de distintas maneras, pero siempre requiere varias horas. Los pacientes con insuficiencia renal crónica (de larga duración) deben hacerse diálisis frecuentemente — de 3 a 7 veces por semana — generalmente por el resto de su vida.

Directivas anticipadas: instrucciones escritas que expresan la forma en que usted desea que se tomen sus decisiones médicas si no las puede tomar por sí mismo.

Enfermedad terminal: enfermedad o condición incurable y de la que se anticipa que acabe con la vida de una persona.

Estado vegetativo crónico (o persistente): estado continuo de inconsciencia o falta de conocimiento causada por un daño cerebral severo. Las personas en estado vegetativo pueden respirar por sí solas y hacer ruidos y movimientos, pero no pueden comunicarse, reconocer a sus seres queridos ni responder al habla ni al tacto. Con nutrición e hidratación artificial y otros cuidados, una persona puede vivir muchos años en estado vegetativo.

Intubación: colocación de un tubo por la boca o la nariz hasta la tráquea (conducto de aire). Este tratamiento le ayuda a respirar manteniendo abierta la vía respiratoria.

Nutrición e hidratación artificial (también conocida como alimentación por sonda nasogástrica): agrega o reemplaza la forma habitual de comer y beber administrando nutrientes y líquidos mediante un tubo colocado en el estómago, el intestino delgado o una vena.

Orden de no resucitar ("Do Not Resucitate", o DNR, por sus siglas en inglés): orden por escrito que indica que los proveedores de cuidados de la salud no deberán intentar reiniciar la respiración ni el ritmo cardíaco del paciente. Una orden DNR se redacta a petición del paciente (o de la familia del mismo o del representante de cuidados médicos), pero debe estar firmada por un médico.

Pronóstico: la perspectiva de supervivencia y recuperación de una persona, basada en el curso habitual de la enfermedad y en las circunstancias específicas de la persona.

Representante de cuidado médico (apoderado del cuidado médico): persona que usted designa para tomar decisiones médicas por usted si, en cualquier momento en el futuro, no puede tomarlas por sí mismo. Su representante puede tomar decisiones en cualquier momento que usted pierda la capacidad de tomar una decisión médica.

Resucitación: revivir o reiniciar el corazón o la respiración de una persona. En ciertas ocasiones, esto se puede lograr mediante la resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) y puede incluir el uso de una máquina para enviar una descarga eléctrica al corazón, o un tubo para ayudar con la respiración (intubación).

Tratamientos de soporte vital (también conocidos como tratamientos de sostén vital): tratamientos que reemplazan o mantienen las funciones fisiológicas básicas. Los ejemplos incluyen RCP (resucitación cardiopulmonar), ventilación mecánica, nutrición e hidratación artificial y diálisis.

Ventilación mecánica: mediante el uso de una máquina llamada ventilador (o respirador) para forzar aire dentro de los pulmones de una persona que no puede respirar por sí misma.

Para obtener más información

sobre la planificación anticipada de cuidados médicos y las directivas anticipadas...

Intermountain Healthcare

- Hable con su médico, enfermera o cualquier otro proveedor de cuidados de la salud
- Llame sin costo al 1-800-442-4845 en cualquier momento para ponerse en contacto con alguna persona que pueda ayudarlo con la planificación anticipada de cuidados médicos.
- Visite este sitio web: www.**intermountainhealthcare.org/advanceplanning**

End-of-Life Care Partnership (Asociación para el cuidado al final de la vida)

- Sitio web: **www.carefordying.org**

Caring Connections

(de la Organización Nacional de Atención para Pacientes Terminales y Cuidados Paliativos (National Hospice and Palliative Care Organization, o NHPCO en inglés)

- Sitio web: **www.caringinfo.org**
- Número telefónico sin costo:
  1-800-658-8898 (HelpLine)
  1-877-658-8896 (en español: Cuidando con Cariño)

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

Del Centro para la Ética en el Cuidado Médico (Center for Ethics in Healthcare en inglés)

- Sitio web: **www.polst.org**

Cómo compartir

un formulario de directivas anticipadas...

Si usted ha llenado una directiva anticipada, conserve el formulario original. **Sin embargo, asegúrese de compartir una copia de su directiva anticipada con los demás.** Aquí le decimos cómo:

- **Lleve consigo una copia** en cualquier momento que sea ingresado en el hospital u otro centro de atención médica, o cada vez que sea transferido de un centro a otro.
- **Entregue una copia** a sus seres queridos, a su representante de cuidados médicos (si tiene alguno) y a su médico.
- **Envíe una copia a Intermountain si desea que su directiva anticipada se conserve en su historial médico electrónico.** Si alguna vez es necesario, su equipo médico de Intermountain podrá acceder a su formulario. Si cambia de parecer, llene un nuevo formulario y envíe una copia nueva a Intermountain. Utilice los siguientes contactos.

Envíe una copia a la siguiente dirección:
Advance Directive at Intermountain Healthcare
PO Box #70539
Salt Lake City, UT 84170

Envíe una copia por FAX:
801-442-0484
attn: Advance Directive at Intermountain

Envíe una copia por correo electrónico (como documento adjunto) a la siguiente dirección de correo electrónico:
advance.directive@imail.org

Intermountain® Healthcare

© 2007-2012 Intermountain Healthcare. All rights reserved.
The content presented here is for your information only. It is not a substitute for professional medical advice, and it should not be used to diagnose or treat a health problem or disease. Please consult your healthcare provider if you have any questions or concerns. More health information is available at intermountainhealthcare.org.

Patient and Provider Publications 801.442.2963 ACP001S—03/12
(Spanish translation 02/10, 06/11, and 03/12 by Lingotek)