

Fecha de la directiva: _____

Nombre de la persona que ejecuta la Directiva: _____

Dirección de la persona que ejecuta la Directiva: _____

Un Testamento Vital Una Directiva para Suspender o Proporcionar Tratamiento

1. De manera intencionada y voluntaria hago constar que deseo que mi vida no sea prolongada artificialmente en ninguna de las circunstancias que se expresan a continuación: Esta directiva tendrá validez sólo en caso de que yo no tenga la capacidad de comunicar mis instrucciones y:

- a. Si padezco de una lesión, enfermedad, dolencia o afección incurable e irreversible y un médico me haya examinado y certificado que:
1. Dicha lesión, enfermedad, dolencia o afección es terminal; y
 2. Que la aplicación de los procedimientos de soporte vital servirían sólo para prolongar mi vida artificialmente; y
 3. Que mi muerte es inminente, ya sea que se utilicen o no procedimientos artificiales de soporte vital.

O

b. Se me ha diagnosticado un estado vegetativo persistente.

En dicho caso, ordeno que se siga la expresión de mis deseos marcada a continuación y que se me proporcione cualquier tratamiento médico o cuidado que pudiera requerirse para mantenerme sin dolor o dificultades.

Marque una casilla y ponga su inicial después de ésta:

_____ Deseo que se me proporcione todo tratamiento médico, cuidado y procedimientos necesarios para restaurar mi salud y sustentar mi vida. No se me deberá suspender el suministro de alimento y agua, ya sean artificiales o no, si existe la posibilidad de muerte causada por desnutrición o deshidratación en lugar de por lesión, enfermedad, dolencia o afección.



O

_____ Deseo que todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico, incluso procedimientos de soporte vital, se suspendan o retiren, excepto el suministro de alimento y agua, ya sean artificiales o no, si existe la posibilidad de muerte causada por desnutrición o deshidratación en lugar de por lesión, enfermedad, dolencia o afección; tal como se muestra a continuación:

(Si no se ha marcado y colocado la inicial en ninguna de las siguientes casillas, entonces se deberá administrar alimentación e hidratación de cualquier naturaleza, ya sean artificiales o no artificiales).

Marque una casilla y ponga su inicial después de ésta:

___ A. Se deberá administrar sólo hidratación de cualquier naturaleza, ya sea artificial o no artificial.

___ B. Se deberá de administrar sólo alimentación de cualquier naturaleza, ya sea artificial o no artificial.

___ C. Se deberán de administrar tanto la nutrición como la hidratación de cualquier naturaleza, ya sean artificiales o no artificiales.

O

_____ Deseo que todo tratamiento, cuidado o procedimiento médico se suspenda o retire, incluyendo la administración artificial de nutrición e hidratación.

2. Si se me ha diagnosticado embarazo, esta directiva no tendrá validez durante el curso de mi embarazo.
3. Comprendo la importancia total de esta directiva y poseo la competencia mental para hacer esta decisión. Ningún participante en la elaboración o realización de esta directiva se considerará responsable de ninguna manera por cumplir con mis indicaciones.

Testamento vital y poder legal duradero para la atención médica

4. Marque una casilla y ponga su inicial después de ésta:

_____ He hablado sobre estas decisiones con mi médico y también he completado el formulario de las Instrucciones Médicas con respecto al Alcance del Tratamiento (POST por sus siglas en inglés) que contienen las indicaciones que podrían ser más específicas, pero que son compatibles con esta directiva. Por medio de la presente apruebo dichas órdenes y las incorporo aquí plenamente establecidas en su totalidad.

0

_____ No he completado un formulario de Instrucciones Médicas con respecto al Alcance del Tratamiento (POST, por sus siglas en inglés). Si mi médico firma más adelante un formulario POST, entonces este testamento vital se deberá considerar modificado para ser compatible con los términos del formulario POST.

Poder Legal Duradero para la Atención Médica

1. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Ninguno de los siguientes deberá ser designado como su representante:

- (1) su proveedor de cuidados de la salud;*
- (2) un empleado no relacionado con su proveedor de cuidados de la salud;*
- (3) un operador de una unidad de atención comunitaria; o*
- (4) un empleado no relacionado de un operador de una unidad de atención comunitaria.*

Si el representante o representante alterno designados en esta directiva es mi cónyuge, y nuestro matrimonio se disuelve, a partir de entonces dicha designación deberá ser revocada inmediatamente.

Por medio de la presente designo y nombro al siguiente individuo como mi apoderado legal (representante) para tomar decisiones de mi atención médica en mi nombre tal como se autoriza en esta directiva.

(Inserte nombre, dirección y teléfono de un individuo únicamente como su representante para tomar decisiones en su nombre).

Nombre del representante de la atención médica: _____

Dirección del representante de atención médica: _____

Número telefónico del representante de atención médica: _____

A los efectos de la presente Directiva, "decisión de la atención médica" significa consentimiento, denegación de consentimiento o retiro de consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar el estado físico de un individuo.

2. CREACIÓN DEL PODER LEGAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

En esta parte de la Directiva, ahora creo un Poder Legal Duradero para Atención Médica. Este poder legal duradero no será afectado por mi incapacidad subsiguiente. Este poder entrará en vigor únicamente cuando yo no tenga la capacidad de comunicarme racionalmente.

3. DECLARACIÓN GENERAL PARA CONCEDER AUTORIDAD

Por medio de la presente otorgo total poder y autoridad a mi representante para que tome decisiones sobre mi atención médica en la misma medida que yo lo haría si yo tuviera la capacidad para hacerlo. Para ejercer esta autoridad, mi representante deberá tomar decisiones sobre mi atención médica que concuerden con mis deseos tal como se establece en esta Directiva o como se han comunicado a mi representante, incluso, pero sin limitarse a mis deseos acerca de aceptar, denegar o retirar atención, tratamientos, servicios y procedimientos artificiales de soporte vital, incluso las órdenes establecidas en un testamento vital, el formulario de las Instrucciones Médicas con respecto al Alcance del Tratamiento (POST) o algún documento similar, si es que hubiere alguno que yo hubiese creado.

(Si desea limitar la autoridad de su representante para tomar decisiones de la atención médica, puede estipular dichos límites más adelante en el párrafo 4 llamado "Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones". Usted puede indicar sus deseos al incluir una declaración de estos en el mismo párrafo.)

4. DECLARACIÓN DE DESEOS, DISPOSICIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES

(Su representante deberá tomar decisiones sobre la atención médica que coincidan con sus deseos estipulados. A pesar de que no está obligado a hacerlo, usted puede establecer sus deseos en el espacio que se ofrece abajo. Usted deberá considerar si quiere incluir una declaración de sus deseos concerniente a la atención, tratamientos, servicios y procedimientos artificiales de soporte vital. También puede incluir una declaración de sus deseos concerniente a otras cuestiones relacionadas con su atención médica, incluyendo una lista de una o más personas a las que usted designa para tener la capacidad de recibir su información médica o que tengan permiso para visitarlo en una institución médica. También puede discutir sus deseos con su representante o hacerle saber los mismos por otro medio. Si existe cualquier otro tipo de tratamiento que no quiera que se utilice, deberá estipularlo en el espacio correspondiente. Si desea limitar en cualquier otro modo la autoridad otorgada a su representante mediante esta Directiva, deberá establecer los límites en el siguiente espacio. Si usted no establece ningún límite, su representante tendrá amplias facultades para tomar decisiones en su nombre, excepto las limitaciones proporcionadas por la ley).

Al ejercer la autoridad de este Poder Notarial Duradero de Atención Médica, mi representante deberá actuar de acuerdo con mis deseos, tal como se estipula abajo, y está sujeto a disposiciones y limitaciones especiales establecidas en mi formulario de Instrucciones Médicas con respecto al Alcance del Tratamiento (POST), un Testamento Vital o un documento similar que yo he creado, si es que alguno existe. Declaración adicional de deseos, disposiciones y limitaciones especiales:

(Puede adjuntar páginas o documentos adicionales si necesita más espacio para completar su declaración).

5. VERIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL

A. Otorgamiento General de Poder y Autoridad

Sujeto a cualquier limitación en esta Directiva, mi representante tiene el poder y autoridad de realizar lo siguiente:

- (1) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, concerniente a mi salud física y mental incluso, pero sin limitarse a, registros médicos y hospitalarios.
- (2) Ejecutar en mi representación cualquier comunicado u otros envíos que pudieran requerirse con el fin de obtener esta información;
- (3) Otorgar su consentimiento a la divulgación de esta información; y
- (4) Otorgar su consentimiento para la donación de cualquiera de mis órganos con fines médicos.

(Si usted desea limitar la autoridad de su representante para recibir y divulgar información concerniente a su salud, deberá establecer las limitaciones más adelante en el párrafo 4, "Declaración de Deseos, Disposiciones Especiales y Limitaciones").

B. Autoridad de liberación HIPAA (Decreto de Portabilidad y Contabilidad de Seguros Médicos de 1996, por sus siglas en inglés)

Se deberá otorgar a mi representante los mismos derechos que a mí, respecto al uso y divulgación de mi información de salud que me identifique individualmente u otros registros médicos. Esta autoridad de liberación aplica para cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d y 45 CFR 160 a 164. Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidados de la salud, cualquier compañía de seguros y la Agencia de Información Médica (Medical Information Bureau, Inc.) u otro centro de intercambio de información que me haya brindado tratamiento o servicios, o que haya pagado o está procesando mi pago por dichos servicios, a divulgar y liberar sin restricciones toda mi información de salud que me identifique individualmente y mis registros médicos a mi representante concernientes a mi estado de salud médico o mental pasado, presente o futuro, incluyendo toda la información relacionada al diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales y abuso de drogas o alcohol. La autoridad conferida a mi representante deberá superar cualquier otro acuerdo que yo haya realizado con mis proveedores de cuidados de la salud para restringir o divulgar mi información de salud identificable individualmente. La autoridad conferida a mi representante no tiene fecha de vencimiento y dejará de ser válida únicamente si yo revoco dicha autoridad por escrito y la envío a mi proveedor de cuidados de la salud.

6. FIRMA DE DOCUMENTOS, EXENCIONES Y LIBERACIONES

Cuando sea necesario implementar decisiones sobre la atención médica para las cuales mi representante posee autorización mediante esta Directiva, éste tendrá el poder y la autoridad para llevar a cabo todo lo siguiente en mi lugar:

- (a) Documentos titulados, o que pretendan ser, un “Rechazo al permiso de tratamiento” y/o “Abandono del hospital en contra de la recomendación médica”; y
- (b) Cualquier exención o liberación necesaria de la responsabilidad requerida por un hospital o médico.

7. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES ALTERNOS

(No se requiere que designe ningún representante alterno, pero puede hacerlo si lo desea. Cualquier representante alterno que usted designe podrá tomar las mismas decisiones sobre su atención médica que el representante que usted designó anteriormente en el párrafo 1, en caso de que el primer representante no sea capaz o elegible para actuar en dicha capacidad. Si un representante alterno que designe es su cónyuge, éste no será elegible para actuar como su representante si su matrimonio se disolviera).

Si la persona designada como mi representante en el párrafo 1 no está disponible o no es elegible para actuar en la capacidad de representante para tomar una decisión sobre la atención médica o pierde la capacidad mental para tomar estas decisiones en mi lugar, o si revoco la designación o autoridad de esta persona para actuar como mi representante para tomar decisiones de la atención médica en mi lugar, entonces yo elijo y asigno a las siguientes personas para actuar como mis representantes con el fin de tomar decisiones de la atención médica en mi lugar tal como autorizo mediante esta Directiva, dichas personas actuarán en el orden anotado a continuación:

Testamento vital y poder legal duradero para la atención médica



A. Primer representante alterno

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número telefónico: _____

B. Segundo representante alterno

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número telefónico: _____

C. Tercer representante alterno

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número telefónico: _____

8. ASIGNACIONES PREVIAS REVOCADAS

Revoco cualquier poder Notarial Duradero de la Atención Médica.

FECHA Y FIRMA DEL DIRECTOR

(Usted debe firmar y fechar este Testamento Vital y Poder Legal Duradero de la Atención Médica).

Firmo mi nombre en este formulario legal de Testamento Vital y Poder Legal Duradero de la Atención Médica en la fecha establecida al inicio del mismo:

(Firma)

(Ciudad, estado)

Intermountain Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

© 2020 Intermountain Healthcare. Todos los derechos reservados. El contenido del presente folleto tiene solamente fines informativos. No sustituye los consejos profesionales de un médico; tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema médico o enfermedad. Si tiene cualquier duda o inquietud, no dude en consultar a su proveedor de atención médica. Puede obtener más información en intermountainhealthcare.org/health-information/health-library. Patient and Provider Publications ACP001IDSa – 10/20 (Spanish translation 10/20 by CommGap).