

Directivas Avanzadas

Si bien la vida está llena de eventos imprevistos, algunos se pueden planificar adecuadamente.



CITIZENS
HEALTH

Las formas incluidas en este folleto son documentos legales.

Las formas incluidas en este folleto son documentos legales. No requiere de un abogado para completar estos documentos pero muchas personas lo hacen con un abogado al completar un testamento o fideicomiso. Contacte Kansas Health Ethics, Inc (KHE) al (316) 684 1991 si tiene preguntas y le gustaria que le asistieran con los documentos en este folleto.

Estas formas han sido revisadas por:
The Medical Society of Sedgwick County
Kansas State Nurses Association, District Six

Acuda a www.kansasheathethics.org para obtener mas informacion sobre Directivas Avanzadas.

Despues de completar los documentos: Poder Notarial de Cuidados Medicos o Testamento en Vida:

Cuando firme estos documentos, asegurese de tener un testigo o un notario. Si firma una directiva avanzada haga al menos cinco copias de este documento y delas a sus agentes de salud, su doctor(es), su abogado, su lider espiritual o cualquier persona que este involucrada en su cuidado medico. Asegurese que su agente, familiar o amistad sepan donde se encuentra este documento. Mantenga el original en un lugar seguro y una copia en un lugar de facil acceso y haga mas copias si es necesario. Es su reposabilidad - no la de su medico- tener este documento listo cuando sea necesario. Lleve una copia con usted cuando valla al hospital, asilo de ancianos, hospicio o cualquier otra facilidad de cuidado. KHE no mantiene una copia de su documento en archivo. Una copia del documento legal tiene el miso efecto que el original.

Utilize este espacio para enlistar a quien le ha dado copias:

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono (dia) _____ (noche) _____

Fecha: _____

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono (dia) _____ (noche) _____

Fecha: _____

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono (dia) _____ (noche) _____

Fecha: _____

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono (dia) _____ (noche) _____

Fecha: _____

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono (dia) _____ (noche) _____

Fecha: _____

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono (dia) _____ (noche) _____

Fecha: _____

PREGUNTAS FRECUENTES:



¿Qué es un poder notarial duradero para la atención médica?

El poder notarial duradero para la atención médica (DPOA-HC) es un documento que le permite nombrar a un agente de atención médica para que tome decisiones de atención médica por usted solo cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente de atención médica puede consultar con sus cuidadores y decidir un plan para su cuidado. Su agente debe decirle a los médicos lo que usted elegiría y qué no elegiría como tratamiento.

¿Quién es un agente de atención médica?

El agente de atención médica puede ser un miembro de su familia o un amigo, una persona de confianza que conoce sus valores religiosos y de otro tipo y que está dispuesto a tomar decisiones de atención médica por usted. asegúrese de que su agente de atención médica sepa sus opiniones acerca de las opciones de calidad de vida, hospitalización, hospicio, tratamientos experimentales o tratamientos para mantener la vida. Su agente de atención médica debe cumplir sus deseos. Su médico debe respetar las elecciones que su agente de salud haga por usted.

¿QUÉ ES LA PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN AVANZADA?

La planificación de atención anticipada es un proceso para ayudar a comprender las posibles opciones futuras de atención médica. Reflexione sobre sus propios valores y metas y discuta sus elecciones con las personas más cercanas a usted. También puede poner sus deseos por escrito en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones en el futuro.

Sus decisiones de atención médica y final de la vida pueden ser las decisiones más importante que enfrentará en el futuro. Las personas están mejor preparadas para tomar decisiones difíciles si entienden su estado general de atención médica. Consulte a sus médicos sobre su salud.

¿Cual es la diferencia entre el poder notarial de atención médica y un poder notarial regular?

El poder notarial de atención médica cubre SOLO la atención médica. El poder notarial regular cubre asuntos financieros y decisiones de propiedad. Puede elegir el mismo agente para todos sus asuntos, pero es importante usar un documento separado para la atención médica porque su médico, hospital y otros necesitarán copias.

¿Cómo comienzo la conversacion sobre el final-de-vida y las directivas avanzadas?

Hablar de estas cosas tal vez no sea facil; puede encontrar resistencia, hasta negacion. Muchas personas se sienten incomodas hablando de la vida o el final-de-vida. Comience la conversacion diciendole a sus seres queridos que esto es importante para usted. Eventualmente todos moriremos. Que ha estado pensando en el tipo de tratamientos que usted querria y le gustaria hablar de esto con ellos. Si sus seres queridos tienen que tomar decisiones por usted, esto puede ser dificil, pero hablar de sus elecciones con anticipo puede ayudar.

Usted debe decidir sobre el tipo de atención que se le brindará mientras aun puede tomar sus propias decisiones

Piense que es lo que quiere que se haga por usted.

Hable con sus familiares y amigos acerca de su cuidado de salud y decisiones de final-de-vida. La planeacion de cuidado avanzada se trata de tomar las decisiones por usted mismo y comunicar con su familia y amigos sus decisiones sobre el final-de-vida.

Actue Complete las formas adjuntas y compartalas con su familia, medico, agente de cuidado de salud y abogado.

PODER NOTARIAL DURADERO PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

DECISIÓN DE NOMBRAR A ALGUIEN QUE HABLE POR MÍ

Yo, (su nombre aqui) _____ (fecha de nacimiento) _____, nombrar a la siguiente persona para que tome decisiones de atención médica por mí cuando yo no pueda hacer o comunicar mis deseos.

El agente no puede ser el proveedor de atención médica, un empleado del proveedor de atención médica o un apoderado, propietario, director u oficial de una instalación, a menos que esa persona sea un pariente o esté vinculado a usted por votos conminutos a una vida religiosa.

FAVOR DE IMPRIMIR:

Nombre del Agente: _____ Telefono _____ Telefono _____

Dirección del Agente: _____ Ciudad _____ Estado/Zip _____

Nombre del Primer Agente Alterno: _____ Telefono _____ Telefono _____

Dirección del Agente: _____ Ciudad _____ Estado/Zip _____

Este poder notarial para las decisiones de atención médica entrará en vigencia cuando yo no pueda tomar las decisiones o no pueda comunicar mis deseos con respecto a la atención médica. Este poder notarial para desiciones de atención médica no se verá afectado por mi discapacidad o incapacidad . Por la presente, se revoca cualquier poder notarial duradero para las desiciones de atención médica que haya hecho anteriormente.

AUTORIDAD OTORGADA

Mi agente de cuidado medico podra:

1. concenir o rechazar el consentimiento para cualquier cuidado, servicio de tratamiento o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental.
2. Hacer todos los acuerdos para mí en cualquier hospital, centro de tratamiento, hospicio, hogar de ancianos o instituciones similares.
3. Emplear o despedir al personal médico, incluidos médicos, psiquiatras, dentistas, enfermeras, terapeutas u otras personas que me brinden tratamiento.
4. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, sobre mis asuntos personales o salud física o mental, incluidos los registros médicos y hospitalarios, y ejecutar cualquier divulgación u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener dicha información.
5. Tomar decisiones sobre donaciones de órganos y tejidos, autopsias y la disposición de mi cuerpo.

Mi agente autorizará el consentimiento para las siguientes instrucciones especiales

Deseo ser donante de órganos y tejidos
He adjuntado información sobre las opciones de tratamiento que deseo que mi agente honre. _____ pagina(s) adjuntas.

LIMITACIONES DE AUTORIDAD OTORGADA

Mi agente de cuidado medico no podra:

1. Exceder los poderes establecidos por escrito en este documento; o
2. Revocar cualquier declaración de testamento en vida existente que pueda tener.

X _____
Firma Fecha

Notario Publico:

Estado de _____ Condado de _____

Este instrumento fue reconocido ante mí en este _____ día de _____ (mes, año)

Firma del Notario _____

O

Testigos: (los testigos no pueden ser el agete, familiares, o beneficiarios)

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sello Notarial:

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO EN VIDA

ACCION DE MUERTE NATURAL DE KANSAS

Yo, _____, siendo de mente sana, hago saber voluntariamente mi deseo de que mi muerte no sea prolongada artificialmente en las circunstancias establecidas a continuación, declaro:

Si en algún momento tuviera lesiones o enfermedades incurables certificadas como una condición terminal por dos médicos que me examinaron personalmente, siendo uno de ellos mi médico particular y los médicos han determinado que mi muerte ocurrirá aun si se utilizan procedimientos de mantenimiento de vida y cuando la aplicación de los procedimientos de mantenimiento de la vida serviría solo para prolongar artificialmente el proceso de muerte, dirijo que dichos procedimientos se suspendan o retiren y que se me permita morir naturalmente

solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para brindarme atención y comodidad.

En caso de ausencia de mi capacidad de dar instrucciones sobre el uso de dichos procedimientos de mantenimiento de vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y médico(s) como la expresión final de mi derecho legal de rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal rechazo.

Entiendo la completa importancia de esta declaración y soy emocional y mentalmente competente para tomar esta decisión, Revocar cualquier declaración de testamento en vida anterior que pueda existir.

Esta declaración fue hecha el _____ (día) del _____ (mes,año)

Firma:

X _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Zip

Este documento debe ser presenciado por dos testigos o Reconocido por un notario público.

Notario Publico:

Sello Notarial:

Estado de _____ Condado de _____

Este instrumento fue reconocido ante mi en este _____ día de _____ (mes, año)

Firma del Notario _____

O

Testigos:

He conocido al al declarante personalmente y creo que el declarante es de mente sana No firmé la firma del declarante arriba o en la dirección del declarante. No estoy relacionado con el declarante por sangre o matrimonio, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante de acuerdo con las leyes sobre sucesión intestada o bajo cualquier voluntad del declarante o codicilo al respecto, o directamente responsable de la atención médica del declarante.

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip _____

Ciudad, Estado, Zip _____

Nueve temas para discutir con su familia y amigos

1. Creencias
2. Condiciones de salud
3. Tratamientos de soporte vital
4. Visión acerca de morir y muerte
5. Deseos sobre donación de órganos y tejidos
6. Arreglos funerales
7. Documentación de deseos
8. Directivas avanzadas y sus opciones de tratamiento
9. Portavoz(es), agente(s) que ha elegido.

Cuando se deben tomar decisiones para su futura atención médica, las conversaciones previas ayudarán a transmitir sus opiniones y valores para que sus agentes más jóvenes sepan qué decisiones deben tomar.

Donación de órganos y tejidos

Comparta su decisión con su familia sobre los deseos de donación de órganos o tejidos.

Firmar su licencia de conducir y / o una tarjeta de donante es una forma adicional de expresar su opinión

Después de su muerte, se le preguntará a su familia sobre la donación.

Asegúrese de que su familia/agente legal sepa si quiere ser donante.

El trasplante es a menudo la única esperanza para miles de personas que sufren de insuficiencia orgánica o que necesitan córneas, piel, huesos u otros tejidos.

Para más información, contacte: Midwest Transplant Network, 1035 N. Emporia, Ste 100, Wichita, KS 67214, (316) 262-6225

Directiva de tratamiento

Algunas personas desean poner sus directivas por escrito para que sus familiares y amigos sepan lo que quieren hacer. Este es un archivo adjunto adicional a sus documentos legales.

Las siguientes líneas son para que escriba sus deseos de tratamiento.

Agregue fecha y adjunte a su Poder Notarial Duradero para las Decisiones de Atención Médica.

Firma: _____ Fecha: _____

Notario Publico

Estado de _____ Condado de _____

Este instrumento fue reconocido ante mi en este _____ día de _____ (mes, año)

Firma del Notario _____

O

Testigos: (los testigos no pueden ser el agente, familiares, o beneficiarios)

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

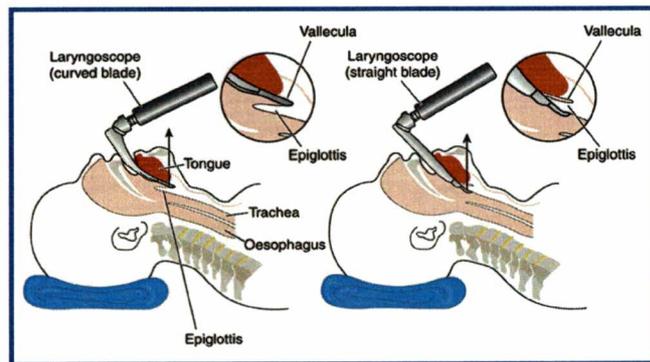
Cuando el corazón o la respiración de un paciente se detiene repentinamente, los médicos, las enfermeras y otros proveedores de atención médica comienzan inmediatamente la RCP. RCP significa reanimación cardiopulmonar e incluye una serie de procedimientos de emergencia para prevenir la muerte. Si el corazón de un paciente se ha detenido, la presión rítmica sobre el esternón comprimirá el corazón y bombeará sangre a través del cuerpo. Si el corazón late de manera errática e ineficaz, una descarga eléctrica rápida al corazón a través de la pared torácica puede restaurar los latidos regulares, puede ser necesario insertar un tubo en la ventosa (intubar) y luego usar una máquina de respiración (ventilador) para ayudar a la respiración. En cualquiera de estas situaciones, también se requeriría el uso de una serie de medicamentos. Los pacientes reciben RCP rutinariamente cuando es necesario, a menos que un paciente competente haya solicitado un DNR, o la familia y el médico tratante hayan acordado una orden escrita de "No resucitar" (DNR).

Intubación:

Inserción de un dispositivo tubular en un canal, órgano hueco o cavidad

Ventilación Mecánica:

La ventilación mecánica se proporciona a través de un tubo insertado en la tráquea y conectado a una máquina de respiración. Con frecuencia se inicia durante una situación de emergencia cuando una presión ha dejado de respirar o la respiración es inadecuada para mantener la vida.



Tratamiento Químico/Farmacoterapia:

Tratamiento Químico/Farmacoterapia es un químico o tratamiento médico que se administra a un paciente para estimular al corazón a comenzar a latir. Este tratamiento generalmente se usa en conjunto de la RCP y las terapias eléctricas.

Conversación Cardíaca Eléctrica;

Conversación cardíaca eléctrica, o terapia eléctrica, es el uso de electricidad para estimular el corazón para que se reinicie. Esta terapia también se puede usar para restablecer el corazón cuando está latiendo demasiado rápido. Esto restaurará la circulación. Se colocan dos paletas en el pecho del paciente y se pasa corriente eléctrica entre ellas.

Nutrición Artificial (Soperte Nutricional Enteral)

Los pacientes en el hospital a menudo no pueden comer ni beber. En tales circunstancias, se les puede proporcionar nutrición e hidratación artificial.

Hay tres formas en que se puede administrar nutrición artificial:

1. Se coloca un tubo en el estómago a través de la nariz (un tubo NG)
2. Un tubo se coloca quirúrgicamente directamente en el estómago (tubo de gastrostomía)
3. Una línea intravenosa (IV) con fluidos nutritivos llamada nutrición parenteral (NPT)

Hidratación Intravenosa:

Los líquidos de hidratación se administran por vía intravenosa.

DIRECTIVAS PARA RESUCITACION

Yo, _____ (Paciente) solicito las siguientes deirectivas.

Favor de especificuar con iniciales:

_____ Esfuerzos de Reanimación Cardiopulmonar Completos (ver adjunto)

O

_____ NO Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

_____ NO Intubacion o Ventilacion Mecanica

_____ NO Tratamineto Quimico/ Farmacoterapia

_____ NO Conversion Cardiaca Electrica

_____ NO Hidratación Intravenosa

_____ NO Apoyo Nutricional Enteral

Estoy consciente de que el rechazo de las medidas anteriores no afectará la calidad de atención brindada, y se hará todo lo posible por garantizar la comodidad del individuo, respetando los derechos y deseos de este de rechazar las medidas de mantenimiento de la vida.

Este documento no es final y puede ser cambiado y/o cancelado por la persona firmante si la condicion del el individuo cambia o si existen otras circunstancias, despues de conversar con su medico.

He leido y comprendo la impotancia de este documento.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Medico: _____

DESICION DE LIMITAR EL CUIDADO MEDICO DE EMERGENICAS

Yo(su nombre), _____, requiero que, desde hoy, el cuidado de emergencias hacia mi persona sea limitado como se describe a continuacion.

Si mi corazon deja de latir o si yo dejo de respirar, no se utilizaran ningun procedimiento medico para recomenzar la respiracion o el funcionamiento del corazon. No se intentará la reanimación.

- Entiendo que el procedimiento que estoy rechazando, conocido como reanimación cardiopulmonar (RCP), incluye compresiones torácicas, ventilaciones asistidas, intubación, desfibrilación, administración de medicaciones cardiotónicas y otros procedimientos médicos relacionados.
- No pretendo que esto me impida obtener otra atención médica, especialmente medidas de comodidad y medicamentos para el dolor.
- Entiendo que puedo revocar esta directiva en cualquier momento.
- Doy permiso para que esta información se comparta con proveedores de atención de emergencia, médicos, enfermeras u otro personal de atención médica.
- Esta directiva de DNR permanecerá en vigencia mientras este en un centro de atención médica o en un casa de cuidados, así como durante el transporte hacia o desde el hogar del centro medico.

X _____
(Firma)

(Fecha)

X _____
(Firma del testigo)

(Fecha)

Orden del Médico Tratante: He discutido el uso de la reanimación cardiopulmonar con este paciente y reconozco la decisión del paciente de rechazar la RCP

- En el caso de un paro cardíaco o respiratorio agudo, no se intentará la reanimación cardiopulmonar.

DNR

X _____
(Firma del Médico Tratante)

(Fecha)

(Direccion)

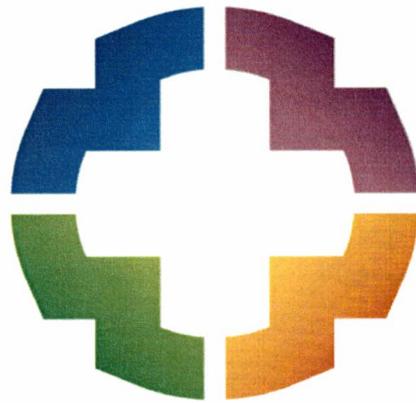
(Nombre del Hospital, Clínica ó Instalacion)

Revocación: Por medio de la presente, retiro la Directiva anterior de DNR

X _____
(Firma)

(Fecha)

Esta pagina se deajo en blanco intencionalmente.



CITIZENS
HEALTH