

# Su derecho a tomar decisiones relativas a la atención médica

Aceptar tratamientos médicos

Rechazar tratamientos médicos

Testamento vital

Directivas de reanimación

Responsable sustituto para la toma de decisiones

Curadores médicos

**Incluye los siguientes formularios:**

Poder referente a atención médica

Testamento vital

Directiva para CPR



**c|h|a**

Colorado Hospital Association

Revisado en enero de 2011

## **SU DERECHO A TOMAR DECISIONES RELATIVAS A LA ATENCIÓN MÉDICA** le llega a través de la Colorado Hospital Association como un servicio público para la comunidad.

Este cuadernillo le informa sobre su derecho a tomar decisiones relativas a la atención médica, incluido el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento médico.

Le brinda formularios listos para usar en los que puede registrar sus decisiones sobre tratamientos médicos y su elección de un responsable sustituto para la toma de decisiones cuando usted no pueda tomarlas.

Estos formularios y cualquier instrucción escrita que usted deje sobre su tratamiento médico para el futuro se denominan *directivas anticipadas*. Este cuadernillo explica las siguientes directivas anticipadas y temas relacionados:

- Responsables sustitutos para la toma de decisiones: Poder duradero referente a atención médica, Representante en la toma de decisiones médicas, curadores
- Testamento vital
- Reanimación cardiopulmonar (Directiva para CPR)
- Órdenes médicas sobre el alcance del tratamiento

**LA LEY FEDERAL EXIGE QUE USTED RECIBA** información sobre las directivas anticipadas al momento de ingresar en cualquier hospital, geriátrico, HMO, hospicio, programa de atención médica en el hogar o de atención personal que reciba fondos federales (Medicare). También debe recibir información por escrito sobre las políticas de ese centro o proveedor en lo referido a directivas anticipadas.

Si su directiva anticipada va en contra de una política del centro o de las opiniones morales o religiosas de un profesional de atención médica en particular, el centro o el profesional deberán derivar su atención a otro que cumpla con sus directivas anticipadas.

Usted no está obligado a dejar directivas anticipadas para recibir atención y tratamiento ni para ingresar en un centro. Sólo debe ser informado sobre ellas. Tenga directivas anticipadas o no, recibirá la atención médica y el tratamiento que necesite.

Los formularios de directivas anticipadas de este cuadernillo son específicos para Colorado. Si pasa mucho tiempo en otro estado, debería averiguar si sus directivas anticipadas para Colorado se respetarán allí. Es posible que tenga que completar otro conjunto de directivas anticipadas que se ajusten a las leyes de ese otro estado.

Si tiene directivas anticipadas de otro estado, es posible que sean válidas en Colorado. No obstante, se recomienda que prepare directivas anticipadas nuevas de acuerdo con la ley de Colorado.

Preparar y firmar (o *ejecutar*) una directiva anticipada no invalida su derecho a decidir qué desea, si puede hacerlo, ni a participar en las decisiones sobre su atención

en cualquier momento. Puede cambiar de opinión sobre cualquier cosa que haya escrito en una directiva anticipada.

Es muy importante que revise sus directivas anticipadas cada dos o tres años para asegurarse de que sus elecciones sigan siendo válidas y de que otra información, como sus datos de contacto, esté actualizada.

Deje sus directivas anticipadas en un lugar al que se pueda acceder fácilmente, no en una caja fuerte. Deles copias a familiares y amigos que puedan estar involucrados en su atención médica.

Lleve copias de sus directivas anticipadas cuando se registre en un centro de atención médica para cualquier procedimiento ambulatorio o con internación. Asegúrese de que su médico de cabecera y cualquier otro profesional de atención médica que le brinde tratamiento tengan copias de sus directivas y conozcan sus deseos.

Si completa una Directiva para CPR (vea la página 13), asegúrese de dejarla en un lugar visible y accesible de su casa para poder entregársela rápidamente al personal de emergencias médicas.

Con la entrega de *Su derecho a tomar decisiones relativas a la atención médica*, la Colorado Hospital Association no asume ninguna responsabilidad legal por el cumplimiento o la validez de los documentos en ninguna situación particular. Lamentamos no poder darle asesoramiento sobre cómo completar los formularios. Sus proveedores de atención médica o un abogado podrán darle asesoramiento específico.

**TANTO LA LEY FEDERAL COMO LA LEY DEL ESTADO DE COLORADO establecen que los adultos *capaces* (quienes pueden tomar y expresar decisiones) tienen derecho a:**

- Recibir información, de una manera que puedan comprender, acerca de los riesgos, beneficios y alternativas y de los probables desenlaces de cualquier tratamiento médico recomendado;
- Dar su consentimiento para un tratamiento médico;
- Rechazar un tratamiento médico en cualquier momento y por cualquier motivo, aunque rechazar el tratamiento pudiera provocar la muerte;
- Hacer conocer sus deseos referidos al tratamiento médico antes de necesitarlo;
- Nombrar a una persona para que tome decisiones relativas al tratamiento médico en su nombre cuando no puedan hacerlo.

Este cuadernillo explica esos derechos y le proporciona los formularios que necesita, según la ley de Colorado, para documentar sus elecciones de tratamiento médico, incluido el soporte vital, y para nombrar responsables sustitutos de la toma de decisiones.

Se trata de decisiones personales relativas a la atención médica importantes que merecen una reflexión cuidadosa. Hablar de ellas con su médico u otros proveedores de atención médica, familiares, amigos y otros asesores, ya sean del ámbito espiritual, financiero o legal, es una buena idea. Sin embargo, usted no está obligado a consultar a un abogado para completar estos formularios, y solo la Directiva para CPR requiere la firma de un médico.

**SU DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO** Excepto en emergencias, usted debe dar su consentimiento para recibir tratamiento médico. Antes de dar su consentimiento, se le debe informar para qué es el tratamiento, por qué y de qué modo será útil, si tiene algún riesgo o efectos secundarios probables, qué resultados son esperables o posibles, y si hay alguna alternativa.

Si tiene alguna pregunta, debe hacerla y asegurarse de que comprende las respuestas. Luego debe pensar en la información y evaluarla cuidadosamente. Si puede y así lo desea, pida una segunda opinión a otro proveedor de atención médica. Hable con familiares o amigos al respecto, y después decida e informe su decisión a su proveedor de atención médica.

**SU DERECHO A ACEPTAR UN TRATAMIENTO MÉDICO** Una vez que se le haya brindado información completa sobre un tratamiento propuesto, tiene derecho a aceptarlo. A veces basta con decir “Está bien”, o quizás se le pida que firme un formulario de consentimiento. Ese formulario puede ser complicado y detallado. Si no está seguro de lo que algo significa, pida que se lo expliquen y asegúrese de que lo comprende antes de firmar.

**SU DERECHO A RECHAZAR UN TRATAMIENTO MÉDICO** Una vez que le hayan brindado información completa sobre un tratamiento propuesto, tiene derecho a rechazarlo. Puede rechazar cualquier tratamiento médico en cualquier momento y por cualquier razón, aunque como consecuencia de eso su enfermedad pudiera empeorar y usted hasta pudiera morir.

**SU DERECHO A QUE SE CONOZCAN SUS DESEOS** Si tiene preferencias sobre qué tratamientos médicos desea aceptar o rechazar, tiene derecho a que esos deseos se conozcan. Y tiene derecho a esperar que sus deseos se cumplan, aunque esté tan enfermo que no puede comunicarse ni tomar decisiones. No obstante, para asegurarse de que sus deseos se respeten, es muy importante que hable de ellos con su familia, sus proveedores de atención médica, otros asesores o amigos, y que deje asentadas sus elecciones por escrito.

Las declaraciones por escrito y los documentos que deje para comunicar sus decisiones referidas a tratamientos médicos se denominan *directivas anticipadas*. En Colorado, hay tres tipos principales de directiva anticipada: el Poder duradero referente a atención médica, el Testamento vital y la Directiva para CPR. Este cuadernillo ofrece información y formularios listos para usar para los tres tipos. También

pueden ser válidos otros formularios de directivas anticipadas de otras fuentes, si cumplen con la ley de Colorado.

Este cuadernillo también analiza brevemente las Órdenes médicas sobre el alcance del tratamiento (Medical Orders for Scope of Treatment, MOST). Las MOST son un resumen de las directivas anticipadas que, cuando están firmadas por un profesional de atención médica, se convierten en un conjunto de órdenes médicas.

**SU DERECHO A NOMBRAR UN RESPONSABLE SUSTITUTO PARA LA TOMA DE DECISIONES** Puede ser muy difícil pensar de antemano e imaginar todas las circunstancias en las que puede encontrarse o las muchas decisiones relativas a la atención médica que podría tener que tomar. Cuando las personas se encuentran muy enfermas o tienen lesiones muy graves, a menudo no pueden expresar sus propias decisiones: están *incapacitadas*. Sin embargo, excepto en los casos de emergencia, los proveedores de atención médica no pueden administrar un tratamiento sin más si no tienen el consentimiento del paciente. Si el paciente no puede dar su consentimiento, alguien más tiene que hacerlo, pero no puede ser cualquier persona.

En algunos estados, la ley autoriza a determinadas personas, en un orden en particular, a actuar como responsable *sustituto* para la toma de decisiones en nombre de un paciente incapacitado: primero el cónyuge, luego los hijos adultos, luego los padres, los abuelos, los hermanos, etc. La ley de Colorado no tiene una lista de prioridades para los responsables sustitutos de la toma de decisiones. En lugar de eso, las personas deben nombrar, antes de estar incapacitadas, un responsable sustituto para la toma de decisiones o *representante en cuestiones relativas a la atención médica*.

**PODER DURADERO REFERENTE A ATENCIÓN MÉDICA** Para nombrar a su representante en cuestiones relativas a la atención médica, debe completar un formulario de *Poder duradero referente a atención médica* (Medical Durable Power of Attorney, MDPOA). En este cuadernillo se proporciona un formulario de MDPOA, junto con más información sobre el MDPOA/representante en cuestiones relativas a la atención médica. Un representante en cuestiones relativas a la atención médica sólo tiene autoridad para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Un MDPOA no puede pagar sus cuentas, comprar ni vender inmuebles u otros bienes por usted, ni manejar sus cuentas bancarias, etc. Para eso, necesita un Poder duradero financiero o general. En distintos sitios web o tiendas de artículos de oficina, hay formularios para nombrar otros apoderados, pero consultar primero a un abogado es una buena idea. Puede acceder a asesoramiento legal económico mediante la Colorado Bar Association, [www.cobar.org](http://www.cobar.org) o llamando al 303.860.1115.

Si no nombra un representante en cuestiones relativas a la atención médica o MDPOA mientras es capaz de tomar sus propias decisiones, la ley de Colorado ofrece dos opciones: seleccionar un Representante en la toma de decisiones médicas o nombrar un curador.

**REPRESENTANTE EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS** Si no ha nombrado a un representante en cuestiones relativas a la atención médica y un médico determina que usted ya no puede tomar sus propias decisiones, éste debe reunir la mayor cantidad posible de *personas interesadas*. Se trata de personas que lo conocen bien y a las que les interesa su bienestar, incluidos su cónyuge o pareja, padres, hijos, abuelos, hermanos e incluso amigos íntimos. Luego el grupo reunido debe elegir a una persona para que sea su Representante en la toma de decisiones médicas. Lo ideal es que esa persona sea la que mejor lo conoce y sabe cuáles son sus deseos respecto del tratamiento. Si nadie conoce sus deseos, el Representante debe actuar pensando en lo mejor para usted.

El médico debe hacer un esfuerzo razonable para informarle quién es el Representante y usted tiene derecho a oponerse a que la persona seleccionada sea el Representante o a cualquiera de las decisiones del Representante. Si más adelante recupera la capacidad para tomar sus propias decisiones y expresarlas, el Representante será relevado de su tarea.

Toda persona que se interese por su atención puede ser incluida en el grupo que selecciona al Representante; nadie puede quedar excluido intencionalmente. Sin embargo, las personas que formen parte del grupo dependerán de que el médico sepa con quién comunicarse y de que esas personas estén disponibles. Este proceso es algo inusual en el ámbito de la atención médica. Si los proveedores de atención médica de Colorado no están al tanto de esto, simplemente hablarán con los familiares o amigos que estén ahí en ese momento. Eso puede funcionar por el momento, pero si hay algún tipo de conflicto, el encargado de la toma de decisiones elegido de ese modo no tiene verdadera validez legal.

Una vez que el grupo de personas interesadas llega a un acuerdo, el médico registra la selección del Representante en la toma de decisiones médicas en su registro médico. El Representante tiene prácticamente el mismo poder en la toma de decisiones que tendría usted. El Representante puede consultar a sus proveedores de atención médica, revisar sus registros médicos y tomar todas y cada una de las decisiones relativas a su atención médica excepto una: el Representante en la toma de decisiones médicas no puede decidir el mantenimiento o el retiro de la alimentación artificial (agua y nutrientes administrados a través de una sonda) a menos que dos médicos, uno de los cuales tenga experiencia en neurología, concuerden con que la alimentación artificial solo prolongaría el momento de su muerte. Además, la autoridad del Representante tiende a limitarse al momento de una crisis médica particular; no es *duradera* una vez pasada la necesidad inmediata de tomar decisiones médicas.

El Representante debe hacer lo posible por consultar con usted las decisiones a tomar y también debe consultar con el resto del grupo. Si el grupo no puede elegir un Representante, o si en algún momento el grupo no puede llegar a un acuerdo

acerca de determinadas decisiones, la única opción es que una persona del grupo se presente en un juzgado y solicite que se nombre un curador.

**CURADORES** Los curadores son nombrados por el juzgado para realizar un conjunto de tareas determinadas en representación de una persona incapacitada. Esa persona se denomina *persona bajo tutela* o *persona protegida*. La ley considera que una persona está *incapacitada* cuando no puede tomar decisiones sobre sí mismo ni comunicarlas. Esto puede deberse a enfermedad mental, deterioro mental, enfermedad o discapacidad mental, consumo crónico de drogas y/o alcohol, o a otras causas.

Una orden judicial puede nombrar a un curador para que tome decisiones sobre la atención médica y el tratamiento o para manejar los asuntos financieros de la persona bajo tutela. El juzgado puede nombrar a un curador limitado para brindar determinados servicios durante un período de tiempo específico. Generalmente, los deberes de un curador son decidir dónde la persona bajo tutela debe vivir, hacer arreglos para que la persona bajo tutela reciba la atención, el tratamiento u otros servicios necesarios y controlar que las necesidades personales diarias básicas de la persona bajo tutela estén satisfechas, incluidas la alimentación, la vestimenta y la vivienda.

Toda persona de 21 años de edad o más, o un organismo adecuado, puede ser nombrada curador. A menudo, los curadores son miembros de la familia o amigos íntimos de la persona bajo tutela, pero los gestores profesionales de atención de personas ancianas y algunos departamentos de condado de Servicios de Protección a Adultos también pueden actuar como curadores.

La tutela puede ser compartida por más de una persona; por ejemplo, una persona se encarga de la toma de decisiones médicas y otra de las cuestiones financieras. El curador no está obligado a proporcionar dinero de su bolsillo a la persona bajo tutela ni a vivir con ella. Además, un curador no es responsable del comportamiento de la persona bajo tutela. Es importante saber que, excepto en situaciones de emergencia, el proceso judicial para nombrar a un curador puede llevar varios meses.

**EL FORMULARIO DE ÓRDENES MÉDICAS SOBRE EL ALCANCE DEL TRATAMIENTO (MOST)** es un documento de 1 página, a doble faz, que resume en formato de casillas para marcar las opciones de tratamientos clave de soporte vital, incluida la CPR, el alcance general del tratamiento, los antibióticos y la nutrición y la hidratación artificiales. Por cada tipo de tratamiento, el paciente puede rechazar el tratamiento, solicitar el tratamiento completo o especificar limitaciones.

El uso de las MOST está pensado principalmente para personas con una enfermedad crónica o grave que están en contacto frecuente con proveedores de atención

médica o que ya viven en un centro de cuidados de enfermería. Son completadas por el paciente o el responsable autorizado de la toma de decisiones junto con un proveedor de atención médica que puede explicar qué significa cada una de las opciones para ese paciente en ese momento. Luego firman el documento el paciente o el representante en cuestiones relativas a la atención médica/Representante y un médico, enfermero de práctica avanzada o asociado médico. Cuando están firmadas, ya no son directivas avanzadas; se convierten en un conjunto de órdenes médicas.

El paciente conserva las MOST y éstas son respetadas en cualquier ámbito: hospital, clínica, cirugía sin internación, centro de atención a largo plazo, residencia de vivienda asistida, hospicio o en su hogar. De esta manera, las MOST cubren las brechas de comunicación de las decisiones de tratamientos, a medida que el paciente es trasladado de un ámbito a otro. El original es de color brillante para una identificación sencilla, pero las fotocopias, los faxes y los documentos electrónicos escaneados también son válidos.

Las MOST no reemplazan ni revocan las directivas anticipadas. Las decisiones incluidas en las MOST deben coincidir con las directivas anticipadas que el paciente haya completado previamente, pero las MOST no abarcan todos los tratamientos o instrucciones que puede incluir un MDPOA o un Testamento vital. Las decisiones y las directivas documentadas allí siguen siendo válidas. Las MOST invalidan las instrucciones previas únicamente cuando existe un conflicto directo. Una sección en la parte posterior indica a los pacientes y proveedores que revisen, confirmen o actualicen las elecciones con regularidad, en función de cambios en la situación.

En este cuadernillo no se incluye un formulario de MOST; si desea obtener más información acerca del formulario o el programa de MOST, consulte a un proveedor de atención médica o visite [www.ColoradoAdvanceDirectives.com](http://www.ColoradoAdvanceDirectives.com).

**D**ONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Toda directiva anticipada puede incluir una declaración por escrito de su deseo de donar órganos o tejidos. Tenga en cuenta que si, en efecto, desea donar órganos, su directiva anticipada puede prorrogarse por un tiempo para permitir que sus órganos se recuperen antes de retirar el tratamiento de soporte vital (consulte la sección sobre el Testamento vital, página 11). Si rechaza la CPR, o reanimación cardiopulmonar, ejecutando una Directiva para CPR (consulte la página 13), usted no podrá donar órganos, pero de todos modos podrá donar tejidos; esto queda sujeto a algunas limitaciones de edad, estado de salud y orientación sexual. Para obtener más información acerca de la donación de órganos y tejidos, consulte a su proveedor de atención médica o comuníquese con Donor Alliance, [www.DonorAlliance.org](http://www.DonorAlliance.org), o llame al (303) 329-4747. Si desea donar órganos o tejidos, asegúrese de que sus familiares conozcan su decisión, dado que se les pedirá que den su consentimiento para realizar el procedimiento de donación, y ellos tendrán la decisión final.



## Poder duradero referente a atención médica

**U**N PODER DURADERO REFERENTE A ATENCIÓN MÉDICA (MDPOA) es un documento que usted firma para nombrar a una persona que tomará decisiones médicas por usted en caso de que, y cuando usted, no pueda hacerlo. La persona que usted nombra se denomina *representante en cuestiones relativas a la atención médica*. Su MDPOA puede entrar en vigor de inmediato o usted puede establecer que entre en vigor recién cuando usted no esté en condiciones de tomar sus propias decisiones médicas.

Puede nombrar a cualquier persona para que sea su representante en cuestiones relativas a la atención médica siempre y cuando esa persona tenga al menos 18 años de edad, sea mentalmente capaz y esté dispuesta a ser su representante. Su representante también debe ser una persona que pueda manejarse con seguridad con muchos proveedores de atención médica durante un período probablemente prolongado. Es preferible elegir a un representante que viva en el mismo estado o incluso la misma ciudad que usted, y también es una buena idea nombrar uno o dos representantes suplentes en caso de que su primera opción no esté disponible o no pueda hacerlo. No se recomienda nombrar a dos personas o más como representantes conjuntos.

Su representante en cuestiones relativas a la atención médica tiene el mismo poder de decisión que tiene usted: puede consultar a sus proveedores de atención médica, revisar u obtener copias de sus registros médicos y tomar todas las decisiones médicas de tratamiento y ubicación necesarias. El representante debe actuar de acuerdo con lo que crea que son sus deseos y preferencias. Debe dejar de lado sus valores y preferencias personales y hacer lo que usted haría.

Por lo tanto, es muy importante asegurarse de que su representante comprenda cuáles son sus deseos, lo que usted considera aceptable y en qué casos rechazaría

*(continúa)*

*(Poder duradero referente a atención médica, continuación)*

algo. Hable con su representante sobre sus valores y sobre los compromisos religiosos o morales que tenga y sobre sus objetivos de tratamiento. ¿Qué inconvenientes del tratamiento (efectos secundarios, dolor, náuseas, fatiga, limitaciones en las actividades o el pensamiento, etc.) son aceptables para usted y cuáles no lo son? ¿Qué beneficios espera que le brinde el tratamiento?

No dé por sentado que la persona que usted elija para que sea su representante sabe todo esto simplemente porque lo conoce bien. Algunos estudios han demostrado que incluso los cónyuges que han estado casados durante décadas a menudo se equivocan cuando se les pide que digan lo que preferiría su pareja. De hecho, su cónyuge o pareja quizás no sea la mejor opción como representante, dado que tiene una participación clave en el resultado de su tratamiento. Si nombra a su cónyuge como representante y después se divorcia, se separa legalmente o su matrimonio es anulado, su excónyuge es relevado como representante en forma automática a menos que se haya establecido expresamente lo contrario en su MDPOA.

Puede incluir instrucciones en su documento de MDPOA para ayudar a guiar a su representante y a sus proveedores de atención médica. Al final de este cuadernillo se presenta un formulario de MDPOA.

No es necesario que su MDPOA esté certificado por un testigo o un notario. No obstante, la mayoría de los otros estados requieren testigos, de modo que si planea utilizar su MDPOA en cualquier otro estado, es una buena idea certificarlo con la presencia de un testigo. Usted puede cancelar, o *revocar*, su MDPOA en cualquier momento, suponiendo que tenga la capacidad mental para hacerlo, y su representante puede renunciar en cualquier momento. Si no nombró a un representante suplente y no puede tomar decisiones por sí mismo, se debe seleccionar un Representante en la toma de decisiones médicas o el juzgado debe nombrar un curador.

## Testamento vital

**UN TESTAMENTO VITAL** es un documento que usted firma para indicar a sus médicos que suspendan o no inicien tratamientos de soporte vital si usted se encuentra en estado terminal y no puede tomar decisiones por sí mismo, o si se encuentra en *estado vegetativo persistente* (persistent vegetative state, PVS). Un estado terminal es un estado incurable o irreversible en el cual el tratamiento de soporte vital solo pospondrá el momento de la muerte. El estado vegetativo persistente es causado por una lesión cerebral grave y, en general, significa que la persona está viva y parece dormir y despertarse, pero desconoce completamente lo que la rodea; no puede hablar, beber ni comer y posiblemente no pueda sentir dolor ni reaccionar ante él.

Un Testamento vital entra en vigor 48 horas después de que dos médicos certifican que usted está en estado terminal y no puede tomar decisiones por sí mismo o que se encuentra en PVS. Sus médicos deben hacer lo posible por notificar a las personas cercanas a usted de que se ha realizado esta certificación y que retirarán o no administrarán tratamiento de soporte vital en un lapso de dos días. Usted puede incluir una lista de las personas a quienes se debe notificar en el documento del Testamento vital, con su información de contacto. También puede incluir una lista de personas autorizadas para hablar con sus médicos acerca de su estado y atención. No obstante, esas personas no están autorizadas a tomar ninguna decisión acerca de su atención.

En Colorado, también puede establecer en su Testamento vital que sus médicos deben interrumpir o no deben iniciar la alimentación por sonda y otras formas de nutrición e hidratación artificiales, una vez que se ha realizado la certificación del estado terminal o el PVS, a menos que ellos consideren que es necesario para proporcionar tratamiento paliativo o para aliviar el dolor. También puede incluir otras instrucciones acerca de su atención, pero esas instrucciones solo entrarán en vigor al mismo tiempo que el Testamento vital: cuando su médico certifique que usted se encuentra en estado terminal y no puede tomar decisiones por sí mismo

(continúa)

*(Testamento vital, continuación)*

o que se encuentra en PVS. El Testamento vital no es el lugar para registrar directivas médicas generales acerca de su atención, si su estado no es terminal ni está en PVS. Tampoco es el lugar para registrar instrucciones sobre sus bienes o artículos personales.

Dos testigos adultos capaces deben firmar su Testamento vital. Sin embargo, los testigos no pueden ser su médico ni ningún empleado de su médico, ni ningún empleado del centro u organismo que le proporciona atención, ni sus acreedores ni personas que pueden heredar su dinero o bienes. Otros pacientes o residentes del centro en el que recibe atención pueden ser testigos de su Testamento vital siempre que sean testigos capaces.

Sus médicos, Representante en la toma de decisiones médicas o curador no pueden anular su Testamento vital. En el documento de Testamento vital o en el documento de MDPOA, usted puede otorgar a su representante en cuestiones relativas a la atención médica la autoridad para anular todo su Testamento vital o parte de él. Si no otorga esa autoridad a su representante, su Testamento vital no puede ser revocado ni anulado por su representante.

Usted puede cancelar o cambiar su Testamento vital en cualquier momento. Puede hacerlo destruyéndolo, firmando una declaración de que ya no lo desea o puede preparar uno nuevo. Si cancela o cambia su Testamento vital, debe informar que fue cancelado o cambiado a su familia, a su médico y a toda persona que tenga una copia de él.

Al final de este cuadernillo hay un formulario de Testamento vital. Ese formulario es compatible con la ley de Colorado. No es necesario que consulte a un médico o a un abogado para completar un Testamento vital, aunque tal vez desee solicitar asesoramiento médico o legal.

## Directiva para CPR

**U**NA DIRECTIVA PARA CPR (REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR) permite que usted –o su representante, curador o Representante en la toma de decisiones médicas en nombre suyo– rechacen la reanimación. La CPR es un intento por revivir a una persona cuyo corazón y/o respiración se detuvieron, utilizando fármacos especiales y/o máquinas o presionando de manera firme y repetida el pecho. Si no tiene una Directiva para CPR y su corazón y/o pulmones dejan de funcionar o funcionan mal, se da por sentado su consentimiento para recibir CPR. Sin embargo, si tiene una Directiva para CPR en la que rechaza la reanimación y su corazón y/o pulmones dejan de funcionar o funcionan mal, los paramédicos y los médicos, el personal de emergencia y demás personal no harán presión sobre su pecho ni utilizarán respiradores, descargas eléctricas ni otros procedimientos para poner su corazón y/o pulmones nuevamente en funcionamiento.

Una Directiva para CPR no es exactamente lo mismo que una Orden de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR), aunque muchas personas se refieren a la Directiva para CPR como una orden de DNR. Una orden de DNR es una orden que su médico escribe en su historia clínica mientras usted recibe atención en un centro de atención médica, como un hospital o geriátrico. El médico probablemente hable de esta orden con usted o con su responsable sustituto para la toma de decisiones, pero no está obligado a hacerlo. Las órdenes de DNR se escriben cuando su médico cree que la reanimación no dará resultado o podría causar más daños que beneficios. (Menos de 1 de cada 10 personas muy ancianas, débiles o con enfermedad grave sobreviven a un intento de reanimación; si sobreviven, es posible que tengan lesiones traumáticas o daño cerebral). Si está suficientemente recuperado como para retirarse del centro, la orden de DNR caduca al momento del alta.

Una Directiva para CPR es un tipo de directiva anticipada que usted realiza o que un responsable autorizado para la toma de decisiones realiza por usted, y es válida fuera del centro de atención médica. Firmar una Directiva para CPR no significa que no recibirá otro tipo de atención médica, como medicamentos u otro tratamiento para el dolor, el sangrado, fractura de huesos o cuidados paliativos.

*(continúa)*

*(Directiva para CPR, continuación)*

Cualquier persona mayor de 18 años puede firmar una Directiva para CPR. De acuerdo con la Ley de Directiva para CPR, un médico también debe firmar una Directiva para CPR, donde se indique que usted recibió información sobre qué sucederá si rechaza la CPR y que ese rechazo es adecuado debido a su edad o afección médica. Usted puede revocar una Directiva para CPR en cualquier momento destruyéndola o escribiendo una declaración en el formulario que indique que la revoca. Si usted mismo firma una Directiva para CPR, ninguna otra persona puede revocarla. Si su representante, el Representante en la toma de decisiones médicas o un curador firman por usted, ellos podrán revocarla.

Aunque cuente con otros tipos de directivas anticipadas, una Directiva para CPR es ampliamente recomendable si no desea ser reanimado. La ley de Colorado no exige que se utilice un formulario específico de la Directiva para CPR, y también son válidas las copias, los faxes y las versiones escaneadas del formulario. En el reverso de este pliegue se proporciona una plantilla preparada y aprobada por el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado.

Si efectivamente firma una Directiva para CPR, debe conservar el formulario en un lugar visible y accesible de modo que el personal de emergencia o cualquier otra persona que intente ayudarlo en una emergencia pueda ver el formulario y comprender cuáles son sus deseos. En su hogar, coloque la Directiva para CPR en un sobre claramente identificado en el refrigerador, al lado de la cama o cerca de la puerta de entrada. Si está fuera de su hogar, lleve una en la cartera o en la billetera. Puede solicitar una pulsera o collar de alerta sobre CPR en Award and Sign Connection, [www.AwardAndSign.com](http://www.AwardAndSign.com), 303-799-8979 o Medical Alert Foundation, [www.MedicalAlert.org](http://www.MedicalAlert.org), 888-633-4298.

**DIRECTIVAS DE CPR Y MENORES DE EDAD** Después de que un médico emite una Orden de no reanimar para un menor de edad, y solo entonces, los padres del menor, en caso de estar casados y conviviendo, o el padre/madre que tiene la custodia o el tutor legal pueden ejecutar una Directiva para CPR para el niño.

Para obtener más información o versiones para descargar de los formularios incluidos en este cuadernillo, visite [www.ColoradoAdvanceDirectives.com](http://www.ColoradoAdvanceDirectives.com)

Para obtener ayuda o más información sobre cómo completar los formularios, comuníquese con su médico, hospital, grupo de ancianos o abogado locales o con cualquiera de las siguientes organizaciones:

Colorado Advance Directives Consortium  
Colorado Bar Association  
Colorado Department of Public Health and Environment  
Colorado Department of Social Services  
Colorado Hospital Association  
Colorado Medical Society  
Legal Aid Society  
The Legal Center for Persons With Disabilities  
...o un centro de atención médica certificado.

La Colorado Hospital Association proporciona copias individuales de este cuadernillo sin costo alguno: llame al 720-489-1630

**Para pedir varias copias, comuníquese con:**



*Progressive Services, Inc.*

**Progressive Services, Inc.**

1925 S. Rosemary Street, #H, Denver, CO 80231

303-923-0000

Fax 303-923-0001

[www.PrintWithPSI.com](http://www.PrintWithPSI.com)

*Printing • Promotions • Digital Imaging*

Revisado en enero de 2011

Este cuadernillo fue elaborado originalmente por la Advance Directives Coalition. Esta revisión fue preparada por el Colorado Advance Directives Consortium en colaboración con la Colorado Hospital Association.

Redacción a cargo de Jennifer Ballentine, MA,  
presidenta adjunta del CADC.

Diseño/diagramación a cargo de Bart Windrum, Axiom Action, LLC.

Traducción y revisión a cargo del Dr. Hugo Esteban Silva y Chris Marquardt, CT,  
Spanish Pronto.



# Poder duradero referente a atención médica para tomar decisiones relativas a la atención médica

## I. Nombramiento de representante y suplentes

Yo, \_\_\_\_\_,  
el declarante, por la presente nombro a:

\_\_\_\_\_  
*Nombre del representante*

\_\_\_\_\_  
*Número telefónico de contacto preferido del representante*

\_\_\_\_\_  
*Número telefónico alternativo o correo electrónico del representante*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio del representante*

como mi representante para tomar y comunicar mis decisiones relativas a la atención médica cuando yo no pueda hacerlo. Esto le da a mi representante el poder para autorizar, rechazar o interrumpir cualquier atención médica, tratamiento, servicio o procedimiento de diagnóstico. Mi representante también tiene la autoridad para hablar con el personal de atención médica, obtener información y firmar formularios según sea necesario para ejecutar esas decisiones.

Si la persona mencionada anteriormente no está disponible o ya no puede continuar en el rol de representante, nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) en el orden que se enumera a continuación.

\_\_\_\_\_  
*Nombre del representante suplente N.º 1*

\_\_\_\_\_  
*Número telefónico de contacto preferido del representante*

\_\_\_\_\_  
*Número telefónico alternativo o correo electrónico del representante*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio del representante*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del representante suplente N.º 2*

\_\_\_\_\_  
*Número telefónico de contacto preferido del representante*

\_\_\_\_\_  
*Número telefónico alternativo o correo electrónico del representante*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio del representante*

## II. Cuándo comienza la autoridad del representante

Mediante este documento, pretendo crear un Poder duradero referente a atención médica que entrará en vigor (escriba sus iniciales en una de las opciones):

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Inmediatamente después de mi firma.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Cuando mi médico u otro profesional médico calificado haya determinado que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones o para expresarlas, y durante el tiempo que no pueda tomar mis propias decisiones o expresarlas.

## III. Instrucciones para el representante

Mi representante tomará decisiones relativas a la atención médica según lo que indique a continuación o según lo que le comunique de alguna otra forma. Si no expresé una elección con respecto a la decisión o la atención médica en cuestión, mi representante basará sus decisiones en lo que considere que es mejor para mí, asesorado por mis proveedores de atención médica. También solicito que mi representante, en la medida de lo posible, me consulte sobre las decisiones y haga todo lo posible para ayudarme a comprender y para averiguar mis preferencias.

*Indique aquí cuáles son sus deseos en relación con procedimientos de soporte vital, tratamiento, atención y servicios generales, incluida cualquier disposición o limitación especiales:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi firma a continuación indica que comprendo el propósito y efecto de este documento:

\_\_\_\_\_  
*Firma del declarante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

# **Anexo al Poder duradero referente a atención médica — recomendado, no obligatorio**

## **1. Firma del representante nombrado**

Si bien la ley de Colorado no lo exige, mi firma a continuación indica que se me ha informado sobre mi nombramiento como representante en cuestiones relativas a la atención médica según el Poder duradero referente a atención médica para (*nombre del declarante*)

Tengo, por lo menos, dieciocho (18) años de edad. Acepto las responsabilidades del nombramiento y hablé con el declarante sobre sus deseos y preferencias de atención médica en caso de que no pueda comunicarlos por sí mismo.

Comprendo que debo actuar siempre de acuerdo con los deseos del declarante, no con los míos, y que tengo plena autoridad para hablar con sus proveedores de atención médica, examinar registros de atención médica y firmar documentos para ejecutar esos deseos. También comprendo que mi autoridad como representante en cuestiones relativas a la atención médica solo entra en vigor cuando el declarante no pueda tomar decisiones por sí mismo y que vence automáticamente con la muerte del declarante.

Si soy un representante suplente, comprendo que mis responsabilidades y poderes solo entrarán en vigor si el representante principal no puede actuar o no desea hacerlo.

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante principal*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante suplente N.º 1*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante suplente N.º 2*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## **2. Firma de los testigos y el notario**

La ley de Colorado no exige la firma de dos testigos y un notario para la ejecución adecuada de un Poder duradero referente a atención médica; sin embargo, las firmas pueden hacer que el documento sea más aceptable en otros estados.

Este documento fue firmado por (*nombre del declarante*)

\_\_\_\_\_  
en nuestra presencia, y nosotros, en la presencia uno del otro, y ante la solicitud del declarante, firmamos a continuación como testigos. Tenemos por lo menos dieciocho (18) años de edad.

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

### **Notary (optional)**

State of \_\_\_\_\_

County of \_\_\_\_\_

SUBSCRIBED and sworn to before me by

\_\_\_\_\_, the Declarant,

and \_\_\_\_\_

and \_\_\_\_\_

witnesses, as the voluntary act and deed of the Declarant this day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

My commission expires: \_\_\_\_\_

# Directiva anticipada para tratamiento quirúrgico/médico (Testamento vital)

Una vez completado, entregue copias a su médico, integrantes de la familia y representante en cuestiones relativas a la atención médica. Si desea revocar o reemplazar este documento, márkelo claramente como “Revocado” o destrúyalo junto con todas sus copias, si es posible. Si no comprende las elecciones y opciones, consulte a un proveedor de atención médica u otro asesor calificado.

## I. DECLARACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad y estoy en condiciones de tomar y comunicar mis propias decisiones. Mi directiva es que se respeten las siguientes instrucciones en caso de que dos médicos calificados diagnostiquen que me encuentro en estado terminal o estado vegetativo persistente.

**A. Estado Terminal** Si en cualquier momento mi médico y otro médico calificado certifican por escrito que tengo una enfermedad terminal y yo no puedo tomar o comunicar mis propias decisiones sobre el tratamiento médico:

### 1. Procedimientos de soporte vital (escriba sus iniciales en una de las opciones)

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi directiva es que se retiren y/o no se administren procedimientos de soporte vital, excepto los procedimientos que mis proveedores de atención médica consideren necesarios para proporcionar cuidados paliativos o alivio del dolor.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi directiva es que se mantengan todos los procedimientos de soporte vital durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

### 2. Nutrición e hidratación artificiales

Si estoy recibiendo nutrición e hidratación mediante sonda, mi directiva es que se tome una de las siguientes medidas (escriba sus iniciales en una de las opciones):

\_\_\_\_\_ (Iniciales) No continuar con hidratación y nutrición artificiales.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales si mis proveedores de atención médica consideran que es médicamente posible y recomendable.

**B. Estado vegetativo persistente** Si en cualquier momento mi médico y otro médico calificado certifican por escrito que me encuentro en estado vegetativo persistente:

### 1. Procedimientos de soporte vital (escriba sus iniciales en una de las opciones)

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi directiva es que se retiren y/o no se administren procedimientos de soporte vital, excepto los procedimientos que mis proveedores de atención médica consideren necesarios para proporcionar cuidados paliativos o alivio del dolor.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi directiva es que se mantengan todos los procedimientos de soporte vital durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

### 2. Nutrición e hidratación artificiales

Si estoy recibiendo nutrición e hidratación mediante sonda, mi directiva es que se tome una de las siguientes medidas (escriba sus iniciales en una de las opciones):

\_\_\_\_\_ (Iniciales) No continuar con hidratación y nutrición artificiales.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales durante/hasta (indicar plazo u objetivo):

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Continuar con hidratación y nutrición artificiales si mis proveedores de atención médica consideran que es médicamente posible y recomendable.

## II. OTRAS DIRECTIVAS

Indique a continuación si adjuntó a este formulario cualquier otra instrucción para su atención después de que se certifique que se encuentra en estado terminal o en estado vegetativo persistente (por ejemplo, para inscribirse en un programa de hospicio, permanecer en el hogar o ser trasladado al hogar, interrumpir o rechazar otros tratamientos como diálisis, transfusiones, antibióticos, pruebas de diagnóstico, etc.) (escriba sus iniciales en una de las opciones):

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Sí, adjunté otras directivas.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) No, no adjunté otras directivas.

(continúa)

## Directiva anticipada para el tratamiento quirúrgico/médico (Testamento vital) (continuación)

### III. RESOLUCIÓN CON PODER REFERENTE A ATENCIÓN MÉDICA (escriba sus iniciales en una de las opciones)

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Mi representante, en virtud del Poder duradero referente a atención médica, tendrá la autoridad para anular cualquiera de las directivas mencionadas aquí, independientemente de si firmé esta declaración antes o después de haber nombrado a ese representante.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Las directivas mencionadas aquí no pueden ser anuladas ni revocadas por mi representante en virtud del Poder duradero referente a atención médica, independientemente de si firmé esta declaración antes o después de haber nombrado a ese representante.

### IV. CONSULTA CON OTRAS PERSONAS

Autorizo a mis proveedores de atención médica a hablar sobre mi afección y atención con las siguientes personas, con conocimiento de que estas personas no tienen el poder de tomar ninguna decisión con respecto a mi atención, a menos que las haya nombrado representantes en cuestiones relativas a la atención médica en virtud del Poder duradero referente a atención médica.

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### V. NOTIFICACIÓN A OTRAS PERSONAS

Antes de rechazar o retirar procedimientos de soporte vital, mis proveedores de atención médica harán un esfuerzo razonable para notificar a las siguientes personas de que me encuentro en estado terminal o en estado vegetativo persistente. Mis proveedores de atención médica cuentan con mi autorización para hablar sobre mi afección con estas personas. NO autorizo a estas personas a tomar decisiones médicas en mi nombre, a menos que haya nombrado a una o más como mi(s) representante(s) en virtud del Poder duradero referente a atención médica.

Nombre	Número telefónico o correo electrónico
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### VI. DONACIÓN DE ÓRGANOS

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Deseo donar mis (marque una opción o ambas)  órganos y/o  tejidos, si es médicamente posible.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) No deseo donar mis órganos ni tejidos.

### VII. SIGNATURE

Ejecuto esta declaración, como voluntad expresa, este día \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Firma del declarante*

### VIII. DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Esta declaración fue firmada por (*nombre del declarante*)

\_\_\_\_\_ en nuestra presencia, y nosotros, en la presencia uno del otro, y ante la solicitud del declarante, firmamos a continuación como testigos. No firmamos en la firma del declarante. No somos médicos ni empleados del médico tratante ni del centro de atención médica en el que el declarante es un paciente. Tampoco somos acreedores ni herederos del declarante ni tenemos derecho a ningún bien del patrimonio del declarante al momento de firmar esta declaración. Tenemos por lo menos dieciocho (18) años de edad y no estamos bajo presión, ni influencia indebida ni tenemos ninguna otra discapacidad que nos inhabilite.

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Domicilio*

### Notary (optional)

State of \_\_\_\_\_

County of \_\_\_\_\_

SUBSCRIBED and sworn to before me by

\_\_\_\_\_, the Declarant,

and \_\_\_\_\_

and \_\_\_\_\_

witnesses, as the voluntary act and deed of the Declarant this day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

My commission expires: \_\_\_\_\_

# Directiva del paciente o del representante autorizado para rechazar la reanimación cardiopulmonar (CPR)

Esta plantilla cumple con las normas adoptadas por la Junta de Salud del Estado de Colorado (Colorado State Board of Health) en 6 CCR 1015-2

## Datos del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)

Si *corresponde* Nombre del representante/tutor legalmente autorizado/padre/madre del menor \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino Color de ojos \_\_\_\_\_ Color de cabello \_\_\_\_\_

Raza/Origen étnico  Asiático o habitante de las Islas del Pacífico  Afroamericano, no hispano  Blanco, no hispano  
 Indígena americano o nativo de Alaska  Hispano  Otro

Si *corresponde* Nombre del programa/proveedor de hospicio \_\_\_\_\_

## Datos del médico

Nombre del médico \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta)

Domicilio del médico \_\_\_\_\_

Teléfono del médico ( ) \_\_\_\_\_ N.º de matrícula de Colorado del médico \_\_\_\_\_

## Testimonio de la directiva

Marque **SOLAMENTE** la información que corresponde:

- Paciente** Tengo 18 años o más, gozo de salud mental y actúo en forma voluntaria. Es mi deseo iniciar esta directiva en mi nombre. Se me informó que, como consecuencia de esta directiva, si mi corazón o mi respiración se detienen o no funcionan correctamente, no recibiré CPR y es posible que muera.
- Representante autorizado/tutor legalmente autorizado/padre/madre del menor** Tengo 18 años o más, gozo de salud mental y estoy legalmente autorizado a actuar en representación del paciente mencionado anteriormente en la emisión de esta directiva. Se me informó que, como consecuencia de esta directiva, si el corazón o la respiración del paciente se detienen o no funcionan correctamente, el paciente no recibirá CPR y es posible que muera.
- Donación de tejido** Por la presente efectúo una donación anatómica, que se concretará en el momento de mi muerte, de:  
 Cualquier tejido necesario  
Los siguientes tejidos  Piel  Córneas  Hueso, tejidos relacionados y tendones

**Por la presente indico al personal de servicios médicos de emergencia, a los proveedores de atención médica y a cualquier otra persona que no administre reanimación cardiopulmonar en caso de que mi corazón/respiración o el corazón/respiración de mi paciente se detengan o no funcionen correctamente. Comprendo que esta directiva no implica una negativa a recibir otras intervenciones médicas para mi atención y comodidad/la atención y comodidad de mi paciente. Si ingreso/mi paciente ingresa a un establecimiento de atención médica, esta directiva se implementará como una orden del médico, en espera de otras órdenes del médico.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
 Representante autorizado/tutor legalmente autorizado/padre/madre del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha