



Honoring Choices
MINNESOTA

*Directivas del
Cuidado de la Salud*

Respetando las decisiones de Minnesota

Cumple los requerimientos legales para los Residentes de Minnesota y Wisconsin

Mis directivas del cuidado de la salud

He creado este documento cuidadosamente para expresar mis decisiones de tratamiento y preferencias personales, en caso de que no pueda comunicar mis deseos o tomar mis propias decisiones del cuidado de la salud. También he designado un agente del cuidado de mi salud para que hable por mí. Mi agente puede tomar decisiones médicas por mí, incluyendo la decisión de rechazar tratamiento que no deseo. Cualquier documento creado antes de este, ya no es válido o legal.

Mi nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Mi dirección: _____

Mi número telefónico: _____

Mi número de teléfono celular: _____

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____

etiqueta del paciente _____

- 1 -

Parte 1: Mi agente del cuidado de la salud

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones del cuidado de la salud debido a una enfermedad o lesión, o si mis proveedores del cuidado de la salud han determinado que no puedo tomar mis propias decisiones del cuidado de la salud, yo he designado a las siguiente(s) persona(s) para representar mis deseos y tomar mis decisiones del cuidado de mi salud*, incluyendo la decisión de no rechazar tratamiento que no deseo. Al seleccionar el agente del cuidado de la salud, he considerado su habilidad y disposición de tomar decisiones, una vez que esté informado de mis opciones de tratamiento. Esta persona puede respetar y seguir mis deseos, bajo momentos de tensión.

Mi agente primario (principal) del cuidado de la salud es:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono (móvil) _____

Teléfono (trabajo) _____

Dirección: _____

- *Entiendo que mi agente no puede ser un proveedor de cuidado de la salud o empleado del cuidado de la salud que cuide directamente de mí o de mi cónyuge, a menos que esté relacionado con esta persona por sangre o matrimonio, que sea una pareja doméstica registrada, o por adopción. Si mi agente es un proveedor del cuidado de la salud o un empleado de un proveedor del cuidado de la salud, mi razón para elegir esta persona es:* _____

Si cancelo la autoridad de mi agente primario, o si mi agente primario no quiere o no puede tomar decisiones por mí, o no está razonablemente accesible para tomar una decisión por mí, designo al siguiente agente alternativo:

Agente alternativo del cuidado de mi salud:

Nombre: _____

Relación: _____

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____

etiqueta del paciente _____

Números de Teléfono (C) _____ (M) _____

(T) _____

Dirección: _____

Poderes de mi agente de cuidado de la salud:

Mi agente del cuidado de mi salud tiene automáticamente los siguientes poderes cuando no pueda hablar por mí mismo:

- A. Tomar decisiones por mí acerca de mi cuidado médico. Incluyendo quitarme, o no colocarme un tubo para alimentarme, hacer o no pruebas, administración de medicinas, cirugías y decisiones sobre tratamientos si existe embarazo y todos los tipos de tratamientos de salud mental, incluyendo tratamientos o medicamentos molestos de salud mental. Si el tratamiento ha comenzado ya, mi agente puede continuarlo o suspenderlo, basándose en mis instrucciones
- B. Interpretar cualquier instrucción que haya dado en este formulario, de acuerdo con su comprensión de mis deseos, valores y creencias
- C. Revisar y compartir mis registros médicos y documentos personales, según sea necesario para mi cuidado médico
- D. Hacer arreglos para mi cuidado médico en Minnesota o en cualquier otro estado o lugar que él o ella crean apropiados. Incluyendo asilos e instalaciones residenciales basadas en la comunidad
- E. Decidir qué proveedores y organizaciones del cuidado médico proveen mis tratamientos médicos.

Comentarios y restricciones acerca de lo que se indica arriba (por ejemplo, gente que quisiera o que no quisiera que esté involucrada en tomar decisiones por usted, o limitaciones sobre los poderes de su agente):

Poderes adicionales de mi agente del cuidado de mi salud: (Si quiero que mi agente tenga cualquiera de los siguientes poderes, marcaré el cuadro en frente de cada declaración que se indica a continuación.)

- ☐ Hacer arreglos y tomar decisiones acerca del cuidado de mi cuerpo después de que he muerto.
- ☐ Continuar como mi agente del cuidado de mi salud aun si la disolución, anulación o terminación de nuestro matrimonio o relación doméstica está en proceso o ha sido completada.
- ☐ Cuando así lo designe, tomar decisiones del cuidado de la salud por mí, inclusive si yo todavía puedo decidir o hablar por mí mismo.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____

Esta página es requerida para los residentes de Wisconsin únicamente.

Poder legal para el documento de directivas del cuidado de la salud

Aviso a la persona llenando este documento:

Usted tiene el derecho de tomar decisiones acerca del cuidado de su salud. No se le ofrecerá cuidado de la salud si usted no lo desea, y el cuidado necesario no será detenido o suspendido si usted tiene objeción.

Debido a que sus proveedores del cuidado de salud en algunos casos no han tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, no están familiarizados con sus creencias y valores, y los detalles de sus relaciones familiares. Esto puede ser un problema si usted no puede física o mentalmente tomar decisiones acerca de su cuidado.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal y especificar la persona que usted quiere que tome decisiones del cuidado de su salud por usted, si usted no puede personalmente tomar esas decisiones. Esa persona es su agente del cuidado de su salud. Tómese su tiempo para discutir sus pensamientos y creencias acerca del tratamiento médico con la persona o personas que usted designe. Usted puede declarar en este documento cualquier tipo de cuidado de la salud que usted desea o no, y puede limitar la autoridad de su agente del cuidado de su salud. Si su agente del cuidado no conoce sus deseos respecto a decisiones particulares del cuidado de la salud, él o ella están requeridos a determinar qué es lo que más le conviene a usted cuando toma una decisión.

Este es un importante documento legal. Le da a su agente amplios poderes para tomar decisiones del cuidado de su salud por usted. Revoca cualquier poder legal previo para el cuidado de la salud que haya hecho. Si desea cambiar su poder legal para el cuidado de la salud, puede revocar este documento en cualquier momento, destruyéndolo, indicando a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito fechada, o al declarar que revoca este documento en presencia de dos testigos.

Si revoca este documento, debe notificar a su agente, a sus proveedores del cuidado de la salud, y cualquier otra persona que tenga una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio es anulado o se ha divorciado después de firmar este documento, la designación de su cónyuge como su agente de cuidado de su salud no será válida.

Usted también puede usar este documento para hacer o negar cualquier donación anatómica después de su muerte. Si usa este documento para hacer o negar una donación anatómica, este documento revoca cualquier registro previo que haya hecho. Usted puede revocar o cambiar cualquier donación anatómica que haya hecho en este documento al eliminar la provisión de donación anatómica en este documento.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____

Se sugiere que usted guarde el original de este documento en su registro médico con su doctor.

Parte 2: Mis directivas para el cuidado de la salud

Mis elecciones y preferencias para mi cuidado de la salud son las siguientes. Pido a mi agente que las represente, y a mis doctores (y/o quipo del cuidado de mi salud) que las respete, en caso que no puede comunicarme. **He puesto mis iniciales en el cuadro de la opción que yo prefiero para cada circunstancia a continuación.**

***Nota:** No es necesario que dé instrucciones por escrito para los tratamientos para extender su vida, pero es bueno hacerlo. Si decide no hacerlo, su agente tomará la decisión basándose en sus directiva orales, o lo que considere que es lo mejor para usted.*

1. Tratamientos para prolongar mi vida

Si llego a un punto en el que no puedo tomar mis propias decisiones y es razonablemente certero que no recobraré la habilidad para saber quién soy (para los residentes de Wisconsin, si tengo una condición terminal o estoy en estado vegetativo persistente):

_____ Deseo **detener o suspender todos los tratamientos** que prolonguen mi vida. Incluyendo y sin limitar los tubos de alimentación, líquidos por vías intravenosas (IV, respirador / ventilador (máquina para ayudar a respirar), resucitación cardiopulmonar (RCP) y antibióticos.

ó bien

☐ **Deseo** que se me proporcionen todos los tratamientos apropiados recomendados por mi doctor, hasta que mi doctor y agente estén de acuerdo con que dichos tratamientos son dañinos o no están ayudando.

Comentarios o direcciones a los proveedores del cuidado de la salud:

Con cualquiera de las dos opciones, comprendo que continuaré recibiendo medidas para aliviar el dolor y tener comodidad, así como también alimentos y fluidos oralmente si es que puedo tragarlos.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____

- 5 -

2. Resucitación cardio pulmonar (RCP)

RCP es un tratamiento usado para intentar restaurar el ritmo cardíaco y/o la respiración cuando se hayan detenido. Puede incluir compresiones en el pecho (presión con fuerza para hacer que el corazón se contraiga), medicinas, choques eléctricos, y tubo de respiración. Comprendo que el RCP puede salvar mi vida. También comprendo que no funciona óptimamente para personas que han tenido enfermedades crónicas (de largos períodos) y/o funcionamiento incapacitado. Comprendo que la recuperación de RCP puede ser difícil y dolorosa Por lo tanto.

☐ **No deseo que se me administre RCP** si mi corazón se detiene o dejo de respirar, prefiero entonces permitir que ocurra una muerte natural.

ó bien

☐ **Deseo que se me administre RCP a menos** que mi doctor determine *cualquiera* de las siguientes:

- Tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo, ó
- No tengo una probabilidad razonable de sobrevivir si mi corazón se detiene o dejo de respirar, ó
- Tengo una probabilidad muy pequeña de sobrevivir a largo plazo si mi corazón se detiene o dejo de respirar y el proceso de RCP me causará gran sufrimiento.

ó bien

☐ **Deseo que se me administre RCP si mi corazón o respiración se detienen.**

3. Preferencias de tratamiento

☐ Anexo mis preferencias de tratamiento para mis condiciones de salud específicas. Estas declaraciones describen mis elecciones de tratamiento. Con cualquiera de las dos opciones, comprendo que continuaré recibiendo medidas para aliviar el dolor y tener comodidad, así como también alimentos y fluidos oralmente si es que puedo tragarlos.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____

Parte 3: Lo que espero y deseo que suceda (Opcional)

Deseo que mis seres queridos conozcan mis siguientes pensamientos y sentimientos:

1. Las cosas que hacen que la vida valga la pena vivirla para mí son:

2. Mis creencias acerca de cuando ya no vale la pena vivirla:

3. Mis elecciones acerca de tratamientos médicos específicos, si es que las tiene (puede incluir deseos respecto a respiradores, diálisis, antibióticos, tubos de alimentación, etc.):

4. Mis pensamientos y sentimientos acerca de cómo y dónde quiero morir:

5. Si estoy cerca de morir, quiero que mis seres queridos sepan que apreciaría lo siguiente para comodidad y apoyo (rituales, rezos, música, etc.):

6. Mis afiliaciones religiosas:

Soy de la fe _____, y miembro de la comunidad de _____ en la ciudad de _____. Por favor intenten notificarlos acerca de mi muerte y hagan los arreglos para que ellos proporcionen mi funeral / ceremonias / entierro. Quiero incluir en mi funeral, si es posible lo siguiente: (gente, música, rituales, etc.):

7. Donación de órganos (deje en blanco si no tiene preferencias):

_____ **Deseo donar** mis ojos, tejidos y/u órganos, si es posible. Mis deseos específicos (si los tiene) son:

_____ **No deseo** donar mis ojos, tejidos y/u órganos.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____

8. Otros deseos/ instrucciones:

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____

- 8 -

Parte 4: Autoridad legal

Bajo la ley de Minnesota, usted debe firmar este documento y fecharlo en presencia de dos testigos ó de un notario público. **Los residentes de Wisconsin deben firmar este documento y fecharlo enfrente de dos testigos. (Trabajadores sociales, capellanes son los dos únicos proveedores de cuidado de salud que pueden fungir como testigos en Wisconsin.)**

He hecho este documento voluntariamente, con un pensamiento claro, y este documento expresa mis deseos acerca de las decisiones futuras del cuidado de mi salud:

Firma:_____ Fecha:_____

Si no puedo firmar ni nombre, pido que la siguiente persona firme por mí: _____

Firma(de la persona que se le pide que firme) :_____ Fecha:_____

Declaración del testigo: Soy testigo de la firma de este documento. Certifico que no soy un agente designado en este documento.

Si soy proveedor del cuidado de la salud o empleado de un proveedor del cuidado de la salud cuidando directamente de la persona que se indica arriba, debo escribir mis iniciales en esta línea: _____. Al menos un testigo no debe ser proveedor o empleado de un proveedor y que le esté dando cuidado directo en el día que este documento es firmado. **Los testigos de Wisconsin no pueden estar relacionados por sangre, matrimonio, adopción o que sea su pareja domestica, tampoco puede tener derecho a la herencia de la persona ni puede ser responsable directo financieramente de su cuidado de la persona listada.**

Testigo número uno:

Firma:_____ Fecha:_____

Nombre _____

Dirección _____

Testigo número dos:

Firma:_____ Fecha:_____

Nombre _____

Dirección _____

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN_____

etiqueta del paciente_____

Notario público: En mi presencia en _____ (fecha), _____
(nombre) reconozco como su firma en este documento o reconozco que él o ella autorizaron a la
persona firmando este documento a firmar por él ó ella. Yo no soy el agente designado en este
documento.

Firma del notario: _____

Sello del notario:

Parte 5: Los pasos siguientes

Ahora que ha completado las directivas del cuidado de su salud, usted debe también seguir los siguientes pasos.

- Informe a la persona que lo ha elegido como su agente del cuidado de su salud, si no lo ha hecho ya. Asegúrese que él o ella pueda llevar a cabo este importante trabajo para usted en el futuro.
- Entregue una copia de sus directivas de cuidado de su salud a su agente.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan estar involucrados si usted sufre una lesión o enfermedad seria. Asegúrese de que ellos saben quién es su agente del cuidado de su salud, y de que saben sus deseos.
- Dele una copia de sus directivas del cuidado de su salud a su doctor. Asegúrese de que sus deseos sean entendidos y llevados a cabo.
- Guarde una copia de sus directivas donde pueda encontrarla fácilmente.
- Si va al hospital o a un asilo, lleve con usted una copia de sus directivas, y pida que la guarden junto con sus registros médicos.
- Revise sus deseos del cuidado de su salud cada vez que le hagan un examen físico o cuando ocurre cualquiera de los siguiente:
 - Cada década – cuando empiece una nueva década en su vida.
 - Muerte – cuando experimente la muerte de un ser querido.
 - Divorcio – cuando experimente un divorcio o un cambio mayor en la familia.
 - Diagnóstico – cuando sea diagnosticado con una enfermedad de salud seria.
 - Declino – cuando experimente deterioro de una condición de salud existente, especialmente cuando no puede vivir por sí solo.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____

Copias de este documento se le han dado a:

Agente Primario de Cuidado de la Salud (Principal) – Nombre _____

Teléfono: _____ Cel.: _____

Agente Alternativo de Cuidado de la Salud – Nombre _____

Teléfono: _____ Cel.: _____

Proveedores del Cuidado de la Salud / Clínica:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Si sus deseos cambian, complete un nuevo formulario de directivas del cuidado de la salud y dígame a su agente, familia y doctor y a todas las personas que tengan una copia, que la directiva que ellos tienen es obsoleta.

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, MRN _____
etiqueta del paciente _____