

<p style="text-align: center;">INSTRUCCIONES POR ADELANTADO DE MARYLAND: PLANIFICACIÓN DE DECISIONES FUTURAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA</p>

Declarante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(escribir en letra de imprenta) (mes/día/año)

El uso de este formulario de Instrucciones por Adelantado para planificar su atención médica es completamente opcional. Existen otros formularios que también son válidos en Maryland. Cualquiera sea el formulario que use, hable con su familia y otras personas allegadas a usted sobre sus deseos.

Este formulario tiene dos partes donde puede manifestar sus deseos, y una tercera para firmas que son necesarias. La Parte I del formulario le permite responder esta pregunta: Si usted no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones sobre atención médica, ¿quién desea que lo haga por usted? La persona que usted elija se denomina representante de atención médica.

Asegúrese de hablar con su representante de atención médica (y con otros representantes sustitutos) sobre esta importante función. La Parte II le permite escribir sus preferencias sobre los recursos para prolongar su vida en tres situaciones: enfermedad terminal, estado vegetativo persistente y condición en fase terminal. Además de las instrucciones sobre la planificación de su atención médica, puede decidir ser donante de órganos después de su muerte completando también el formulario para ese fin.

→ Puede completar las Partes I y II de este formulario, o solamente la Parte I, o solamente la Parte II. Use el formulario para manifestar sus deseos y luego fírmelo en presencia de dos testigos (Parte III). Si cambia de opinión, complete un nuevo formulario de Instrucciones por Adelantado. ←

Asegúrese de entregar una copia del formulario completo a su representante de atención médica, a su médico y a otros que pudieran necesitarlo. Conserve una copia en su casa, en algún lugar donde se pueda encontrar en caso de necesidad. Revise periódicamente lo que usted escribió.

PARTE I: ELECCIÓN DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

A. Elección del Representante Principal

Elijo a la siguiente persona en carácter de representante para que adopte decisiones relativas a mi atención médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(domicilio y celular)

B. Elección de Representantes Sustitutos

(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

Si resultara imposible comunicarse a tiempo con mi representante principal, o por cualquier motivo no estuviera disponible, o estuviera incapacitado o se rehusara a actuar como mi representante, nombro a la siguiente persona para que actúe en esa capacidad:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(domicilio y celular)

Si resultara imposible comunicarse a tiempo con mi representante principal y mi representante sustituto, o por cualquier motivo no estuvieran disponibles, o estuvieran incapacitados o se rehusaran a actuar como mi representante, nombro a la siguiente persona para que actúe en esa capacidad:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

(domicilio y celular)

C. Facultades y derechos del representante de atención médica

Deseo que mi representante tenga plenos poderes para adoptar por mí decisiones sobre mi atención médica, incluyendo el poder de:

1. Consentir o no a la práctica de los procedimientos y tratamientos médicos que ofrezcan mis médicos, incluyendo procedimientos para intentar mantenerme con vida, tales como ventiladores y tubos de alimentación;
2. Decidir quién será mi médico y otros proveedores de atención médica; y
3. Decidir dónde se debe realizar el tratamiento, incluyendo si debo estar internado en un hospital, centro de convalecencia, otra casa de atención médica o programa de atención para enfermos terminales.
4. También deseo que mi representante:
 - a. *Me acompañe en la ambulancia si alguna vez necesito ser trasladado de urgencia a un hospital; y*
 - b. *Pueda visitarme si estoy internado en un hospital u otro centro de atención médica.*

ESTAS INSTRUCCIONES POR ADELANTADO NO
HACEN RESPONSABLE A MI REPRESENTANTE POR LOS
COSTOS DE MI ATENCIÓN MÉDICA.

Estos poderes están sujetos a las siguientes condiciones o limitaciones:
(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

D. Forma en que mi representante debe decidir cuestiones específicas

Confío en el criterio de mi representante. Para hacer decisiones mi representante debe, en primer lugar, consultar la Parte II de estas Instrucciones por Adelantado para ver si encuentra allí algo que le ayude a decidir la situación en cuestión. A continuación, mi representante debe pensar en las conversaciones que mantuvimos, mis creencias y valores religiosos y de otra naturaleza, mi personalidad y cómo manejé las cuestiones médicas y otras situaciones importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría continua siendo incierto, mi representante debe tomar por mí las decisiones que según su criterio sean las mejores para mí. Al hacerlo, mi representante debe considerar los beneficios, cargas y riesgos de las opciones que presentan mis médicos.

E. Personas a quienes mi representante debe consultar

(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)

Cuando mi representante deba adoptar decisiones importantes en mi nombre, sugiero que consulte a las siguientes personas. Al completar esta sección no pretendo limitar la cantidad de personas a quien mi representante puede consultar o el poder de mi representante para tomar decisiones.

Nombre(s)

Número(s) de teléfono:

F. Si estoy embarazada

(Optativo para mujeres en edad fértil; el formulario es válido si no se completa esta sección)

Si estoy embarazada, mi representante debe seguir estas instrucciones específicas:

G. Acceso a mi Información Médica – Autorización Prevista en la Ley Federal de Privacidad (HIPAA)


1. Si, antes de que la persona elegida para ser mi representante tenga el poder para actuar en virtud de este documento, mi médico desea conversar con esa persona sobre mi capacidad para tomar mis propias decisiones sobre atención médica, autorizo a mi médico a divulgar la información médica protegida relacionada con esa cuestión.
2. Una vez que mi representante tenga plenos poderes para actuar en virtud de este documento, podrá solicitar, recibir y revisar toda la información, oral o escrita, referente a mi salud física o mental, incluso los registros médicos y del hospital y otra información médica protegida, pero sin limitarse a la antedicha información, y consentir su divulgación
3. Para todos los fines relacionados con este documento, mi representante es también mi representante personal de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Mi representante puede firmar, en carácter de representante personal, cualquier formulario de deslinde de responsabilidad u otros materiales relacionados con la HIPAA.

H. Eficacia de esta Parte

(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, ponga su inicial en sólo una de ellas).


Los poderes de mi representante entrarán en vigencia:

1. Inmediatamente después de que yo firme este documento, con sujeción a mi derecho de tomar decisiones sobre mi atención médica si así lo deseo y estoy en condiciones de hacerlo.

 _____

>>O<<

2. Cuando no esté en condiciones de tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, ya sea porque el médico responsable de mi tratamiento (médico a cargo) decide que he perdido la capacidad en **forma temporal**, o porque el médico a cargo de mi tratamiento y un médico de consulta están de acuerdo en que la he perdido en **forma permanente**.

 _____

Si lo único que usted desea es elegir un representante de atención médica, no necesita llenar la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar las Instrucciones por Adelantado ante la vista de los testigos. Si usted también desea manifestar sus preferencias de tratamiento, vaya a la Parte II. También puede manifestar su voluntad de ser donante de órganos, usando el formulario separado al efecto.

PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO (“TESTAMENTO EN VIDA”)

A. Declaración de metas y valores

(Optativo; el formulario es válido si no se completa esta sección)


Deseo manifestar mis metas y valores, y especialmente lo que es más importante para mí durante la última parte de mi vida:

B. Preferencia en caso de condición terminal

(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, inicial sólo una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).


Si mis médicos certifican que mi muerte por una condición terminal es inminente, aun si se utilizan procedimientos para prolongar la vida:

1. Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

 _____


>>O<<

2. Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. Si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, no obstante, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

 _____

>>O<<

3. Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. Si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, no obstante, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

 _____


C. Preferencia en caso de estado vegetativo persistente

(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, inicial sólo una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).

Si mis médicos certifican que me encuentro en estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy consciente y no me doy cuenta de mí mismo o de mi entorno, o no puedo interactuar con otros, y no existen expectativas razonables de que pueda recobrar la conciencia:


1. Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<


 _____

2. Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 _____

3. Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.


 _____

D. Preferencia en Caso de Condición Final Mortal

(Si usted desea indicar cuál es su preferencia, inicie sólo una. Si aquí no desea indicar una preferencia, tache toda la sección).


Si mis médicos certifican que me encuentro en condición final mortal, es decir, en una condición incurable que continuará su curso hasta la muerte y que ya ha producido la pérdida de capacidad y una dependencia física completa:

1. Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No deseo recibir nutrición ni hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

 _____


>>O<<

2. Manténgame cómodo y permitan que suceda la muerte natural. No deseo que se recurra a intervenciones médicas para intentar prolongar mi vida. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

 _____

>>O<<

3. Traten de prolongar mi vida tanto como sea posible, recurriendo a todas las intervenciones disponibles que de acuerdo con un criterio médico razonable puedan evitar o retrasar mi muerte. No obstante, si no estoy en condiciones de ingerir alimentos por la boca, deseo recibir nutrición e hidratación mediante tubos u otros medios médicos.

 _____

E. Alivio del dolor

Cualquiera sea la condición en la que me encuentre, suminístrenme remedios u otro tratamiento necesario para aliviar mi dolor.

F. Si estoy embarazada

(Opcional para mujeres en edad fértil; el formulario es válido si no se completa esta sección)


If I am pregnant, my decision concerning life-sustaining procedures shall be modified as follows:

Si estoy embarazada, mi decisión relativa a los procedimientos para prolongar la vida debe modificarse de la siguiente manera:

G Efecto de las preferencias manifestadas


(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, ponga su inicial en sólo una).

1. Soy consciente de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda tomar decisiones por mí mismo. Las preferencias que manifiesto tienen por objeto constituir una guía para quien tome decisiones por mí y para mis proveedores de atención médica, pero los autorizo a ser flexibles en la aplicación de estas declaraciones si creen que esa flexibilidad redundará en mi beneficio.

 _____

>>O<<

2. Soy consciente de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda tomar decisiones por mí mismo. De todas maneras, deseo que la persona que tome decisiones por mí y para mis proveedores de atención médica sigan estrictamente las preferencias que yo he indicado, aun si creen que otra alternativa sería mejor.

 _____

PARTE III: FIRMA Y TESTIGOS

Al firmar a continuación en calidad de Declarante, indico que poseo la capacidad emocional y mental para emitir estas instrucciones por adelantado y entiendo su propósito y efecto. Entiendo asimismo que este documento reemplaza a todas las instrucciones por adelantado similares que pueda haber completado con anterioridad a la fecha de la presente.

(Firma del Declarante)

(Fecha)

El Declarante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, de acuerdo con mi observación personal, parece tener la competencia emocional y mental para emitir estas instrucciones por adelantado.

(Firma del testigo)

(Fecha)

Número(s) de teléfono:

(Firma del testigo)

(Fecha)

Número(s) de teléfono:

(Nota: La persona designada como representante de atención médica en la Parte I no puede actuar como testigo. Además, por lo menos uno de los testigos debe ser una persona que no tenga conocimiento de ser heredero de ninguna parte de los bienes del Declarante ni de obtener algún beneficio financiero a causa de la muerte del Declarante. Las leyes de Maryland **no** exigen la intervención de un Notario Público en este documento).

DESPUÉS DE MI MUERTE

Donante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(en letra de imprenta) (mes/día/año)

(Ponga sus iniciales en las que desea. Tache las que no desea).

Después de mi muerte deseo donar:

Los órganos, tejidos u ojos que se necesiten.  _____

Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos  _____

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:

Para transplante  _____

Para fines terapéuticos  _____

Para investigación  _____


Para educación médica  _____

Para cualquier fin autorizado por la ley  _____

Entiendo que no puede extraerse ningún órgano vital, tejido u ojos para ser transplantados hasta que haya sido declarado muerto. *Este documento no tiene por objeto modificar mi tratamiento médico mientras continúe con vida.* Después de mi muerte, autorizo que se adopten las medidas de apoyo necesarias para mantener la viabilidad de transplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que los mismos hayan sido extraídos. Entiendo que mis herederos no deberán pagar los gastos relacionados con esta donación.

PARTE II: DONACIÓN DEL CUERPO

Después de efectuada la donación de órganos mencionada en la Parte I, deseo que mi cuerpo sea donado para ser utilizado en algún programa de estudio médico.

 _____

PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y SERVICIO FÚNEBRE

Deseo que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición de mi cuerpo y mi servicio fúnebre: (Ponga su inicial en la primera o complete la segunda).

El representante de atención médica que designé en mis Instrucciones por Adelantado.

 _____

>>O<<

La siguiente persona:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: (De la casa y celular) _____

Si he escrito mis deseos más abajo, deben cumplirse. Si no lo he hecho, la persona que he designado deberá decidir según las conversaciones que mantuvimos, mis creencias y valores religiosos y de otra naturaleza, mi personalidad y la forma en que reaccioné ante el servicio fúnebre de otras personas. Mis deseos sobre la disposición de mi cuerpo y mi servicio fúnebre son:

PARTE IV: FIRMA Y TESTIGOS

By signing below, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this donation and that I understand the purpose and effect of this document.

Al firmar a continuación, indico que poseo la capacidad emocional y mental de realizar esta donación y entiendo el propósito y efecto de este documento.

(Firma del donante)

(Fecha)

El Donante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, de acuerdo con mi observación personal, parece tener la competencia emocional y mental para realizar esta donación.

(Firma del testigo)

(Fecha)

(Número(s) de teléfono)

(Firma del testigo)

(Fecha)

(Número(s) de teléfono)