



Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis opciones, mi atención

kp.org/lifecareplan



Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis opciones, mi atención

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

Introducción

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica le permiten compartir sus valores, sus opciones y sus instrucciones acerca de su futura atención médica. Este formulario puede utilizarse para lo siguiente:

- nombrar a una persona de su confianza para que tome decisiones relacionadas con la atención médica por usted (su representante o agente de atención médica) O
- proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro O
- nombrar un representante para la atención médica Y proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

La Parte 1 le permite nombrar un representante de atención médica.

La Parte 2 le brinda una oportunidad para compartir sus valores y lo que es importante para usted.

La Parte 3 le permite proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro.

La Parte 4 le brinda la posibilidad de manifestar sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

La Parte 5 le permite dar validez legal a sus instrucciones por anticipado para la atención médica en el estado de Washington.

La Parte 6 lo prepara para compartir sus deseos y este documento con otras personas.

Usted puede modificar este formulario o usar otro formulario.

Estas instrucciones por anticipado para la atención médica reemplazarán cualquier instrucción por anticipado para la atención médica que usted haya completado anteriormente. En el futuro, si desea cancelar o cambiar a su agente designado, debe hacerlo por escrito y firmar ese documento, o puede informárselo a su proveedor de atención médica en persona.

Nombre completo:

Número de historia clínica:

Fecha de nacimiento:

Dirección postal:

Teléfono de casa:

Teléfono celular:

Teléfono del trabajo:

Correo electrónico:

Parte 1. Mi agente de atención médica

Cómo seleccionar un agente de atención médica:

Elija a alguien que lo conozca bien, alguien en quien usted confíe que respetará sus puntos de vista y valores y que sea capaz de tomar decisiones difíciles en situaciones estresantes. Una vez que haya elegido a su agente de atención médica, tómese un tiempo para analizar sus opiniones y objetivos de tratamiento con esa persona.

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones acerca de mi atención médica o si mi proveedor de atención médica ha determinado que no puedo tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica, elijo a las siguientes personas para representar mis deseos y tomar las decisiones acerca de mi atención médica (como se reconoce en el RCW [Revised Code of Washington, Código Revisado de Washington], capítulo 11.94.010).

Mi agente de atención médica debe tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con las instrucciones que manifiesto en este documento y con mis deseos conocidos. Si mi agente no conoce mis deseos, debe tomar las decisiones de atención médica que, según su criterio, sean mejores para mí, de acuerdo con lo que conoce sobre mis valores personales.*

Este formulario no le otorga a mi representante de atención médica autoridad para tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.

Mi agente primario (principal) de atención médica es:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

*La autorización anterior para tomar decisiones de atención médica no incluye lo siguiente si falta una orden judicial:

1. terapia u otro procedimiento administrado con el propósito de inducir convulsiones
2. cirugía con el propósito de psicocirugía únicamente
3. reclusión o internación en un centro de tratamiento para personas con enfermedades mentales, salvo en virtud de las disposiciones del capítulo 71.05 del RCW.
4. esterilización

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

Si cancelo la autoridad de mi agente principal de atención médica o si mi agente principal no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, nombro a las siguientes personas como mi primera y segunda opción de agentes suplentes.

Agente suplente de atención médica, primera opción:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Agente suplente de atención médica, segunda opción:

Nombre completo: _____ Relación conmigo: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Facultades de mi agente de atención médica:

A menos que indique lo contrario, mi agente de atención médica tiene todas las facultades que se mencionan a continuación cuando yo no esté en condiciones de hablar por mí mismo o de tomar mis propias decisiones:

- A. Tomar decisiones relacionadas con mi atención médica por mí. Esto incluye las decisiones acerca de pruebas, medicamentos y cirugía. También incluye decisiones para proporcionar, no proporcionar o interrumpir toda forma de atención médica para mantenerme con vida, incluida la alimentación artificial (comida) y la hidratación (agua).
- B. Revisar y entregar mi historia clínica, según sea necesario, para tomar decisiones.
- C. Decidir qué médico, proveedores de atención médica y organizaciones me proporcionarán tratamiento médico.
- D. Organizar y tomar decisiones sobre los cuidados de mi cuerpo después de la muerte (incluida la autopsia).

Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis opciones, mi atención

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

Incluya cualquier comentario o restricción que desee a la sección anterior. (Por ejemplo, puede nombrar a las personas que usted desea o no desea que tengan participación en las decisiones que se tomen en su nombre. Además, puede especificar las decisiones que no desea que tome su agente). Adjunte más páginas si es necesario.

Otras facultades de mi agente de atención médica:

Marque la casilla a continuación si desea que su agente tenga las siguientes facultades:

- Deseo que mi agente continúe actuando como mi agente de atención médica aunque se haya producido la disolución, la anulación o la finalización de nuestro matrimonio o relación de pareja.

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan

Parte 2. Mis valores

Deseo que mi agente y mis seres queridos sepan qué es lo más importante para mí, para que puedan tomar decisiones relacionadas con mi atención médica que estén de acuerdo con quién soy y con lo que es importante para mí.

Para darle una idea de lo que es más importante para mí, me gustaría contarle algunas cosas sobre mí, por ejemplo, cómo me gusta pasar mi tiempo, con quién me gusta estar y qué me gusta hacer. También me gustaría contarle acerca de las circunstancias en que la vida ya no tendría sentido para mí.

1. Si hoy fuera un día realmente bueno, estaría haciendo lo siguiente:

2. Lo más importante para mí es:

3. La vida ya no tendría sentido para mí si no pudiera:

Parte 3. Mis instrucciones de atención médica: mis opciones, mi atención

En la siguiente situación, le pedimos que considere un evento repentino e inesperado. Si puede, usted siempre hablará por usted mismo, pero en esta situación, usted no puede hablar por usted mismo.

Si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones, solicito que mi agente de atención médica represente mis decisiones, según se indica a continuación, y que mis médicos y mi equipo de atención médica las respeten. Si mi agente de atención médica o mis agentes suplentes no están disponibles o no pueden tomar decisiones en mi nombre, este documento representa mis deseos.

Nota: Si usted decide no dejar instrucciones por escrito, su agente de atención médica tomará las decisiones de acuerdo con sus indicaciones verbales. Si no se conocen sus instrucciones, su agente tomará decisiones de acuerdo con lo que crea que es mejor para usted y de acuerdo con sus valores.

1. Tratamientos para prolongar la vida

Considere la siguiente situación:

Usted tiene un accidente o un ataque cerebral repentino.

Los médicos determinaron que usted tiene una lesión cerebral y, en consecuencia, no puede reconocerse ni reconocer a sus seres queridos. Los médicos han informado a su agente o familiares que no hay expectativas de que recupere estas habilidades. Para poder mantenerlo con vida, se requieren tratamientos para prolongar la vida, como el uso de un respirador artificial (es decir, una máquina de respiración) o una sonda de alimentación. En esta situación, ¿qué desearía?

Desearía que me mantengan cómodo y:

- elija una opción** {
- Desearía que DETUVIERAN el tratamiento para prolongar la vida. Entiendo que es probable que esto provoque mi muerte mucho más pronto que si continuara con el tratamiento.
 - Desearía que los tratamientos para prolongar la vida continuaran tanto como fuera posible.

Proporcione cualquier instrucción adicional sobre los tratamientos para prolongar la vida. Por ejemplo, es posible que quiera establecer un periodo de tiempo específico en el que le gustaría que lo mantuvieran con vida de no experimentar una mejoría en su salud.

2. RCP (reanimación cardiopulmonar)

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es un intento para salvarle la vida a una persona cuyo corazón y respiración se han detenido. Puede incluir compresiones cardiacas (ejercer presión sobre el tórax para que el corazón se contraiga), medicamentos, choques eléctrico y la colocación de un tubo de respiración.

La RCP ofrece distintas opciones y puede salvar vidas. No es tan eficaz como la mayoría de las personas creen. La RCP funciona mejor si se hace con rapidez, a los pocos minutos, en un adulto sano. Cuando se realizan maniobras de RCP, se pueden producir fracturas de costilla, perforación de los pulmones o daño cerebral como consecuencia de la falta de oxígeno.* Si le gustaría obtener información adicional sobre la RCP, solicite el folleto llamado **CPR: My Choice** (RCP: mi elección).

En el caso de que su corazón deje de latir y su respiración se interrumpa, ¿qué desearía?

- elija una opción**
- Quiero que siempre me hagan maniobras de RCP.
 - No quiero que me hagan maniobras de RCP, prefiero que se me permita morir de manera natural.†
 - Quiero que me hagan maniobras de RCP a menos que el médico que me trata determine alguna de las siguientes condiciones:
 - tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo O
 - no tengo posibilidades razonables de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene O
 - tengo pocas posibilidades de sobrevivir si mi corazón o respiración se detiene y el proceso de reanimación podría causar un sufrimiento significativo.

* Las investigaciones indican que si está en el hospital y le hacen RCP, usted tiene un 17% de probabilidades de que las maniobras funcionen y salir del hospital con vida. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation in adults in the hospital: A report of 14,720 cardiac arrests (Reanimación cardiopulmonar en adultos en el hospital: un informe de 14,720 paros cardiacos) del National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Reanimación - 2003; vol. 58, páginas 297 a 308.

† Si usted está seguro de que no quiere que le hagan RCP, analice otros documentos que es posible que desee llenar con su médico.

Parte 4. Mis esperanzas y deseos (opcional)

1. Mis pensamientos y sentimientos acerca de dónde preferiría morir:

2. Quiero que mis seres queridos sepan que si estoy próximo a morir, me gustaría tener lo siguiente para mi comodidad y apoyo (oraciones, rituales, música, etc.):

3. Filiación religiosa o espiritual:

Profeso la fe _____ y soy miembro de (religión o comunidad espiritual) _____ en (ciudad), _____

(n.º de teléfono) _____. Me gustaría que mi agente les avise si estoy gravemente enfermo o estoy muriendo. En mi funeral, si fuera posible, me gustaría incluir lo siguiente (personas, música, rituales, etc.):

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

4. Otros deseos/instrucciones:

Donación de órganos

Si está interesado en donar sus órganos cuando muera, puede declarar su estado de donante al obtener o renovar la licencia de conducir o registrándose en el registro de donantes que se encuentra en donatelifenw.org/register-now.

Parte 5. Validación legal de este documento

Para que sus instrucciones por anticipado para la atención médica tengan validez legal en Washington, deben estar firmadas por 2 testigos:

Dos testigos

- Sus testigos no pueden estar relacionados con usted (por un vínculo de sangre, matrimonio o adopción) ni tener derecho a ninguna porción de su patrimonio.
- Los testigos no pueden ser ni el médico que lo atiende, ni un empleado del médico que lo atiende ni un empleado del centro de atención médica en el que es paciente.
- Cuando esté con sus testigos, firme o reconozca su firma.
- Los testigos firmarán en la página 11.
- Usted firmará en la página 12.

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

Declaración de los testigos

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS: Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de Washington lo siguiente:

- que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció estas instrucciones por anticipado para la atención médica o que se presentaron pruebas convincentes de su identidad
- que la persona firmó o reconoció estas instrucciones por anticipado para la atención médica ante mí
- que la persona parece tener pleno uso de sus facultades y no actuó con la intervención de la fuerza, un fraude o una influencia indebida
- que no se me ha designado como agente por medio de estas instrucciones por anticipado para la atención médica y
- que no soy el proveedor de atención médica de la persona, ni un empleado del proveedor de atención médica de la persona ni un empleado del centro de atención médica donde el declarante es paciente.

Primer testigo:

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Segundo testigo:

Nombre completo en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis opciones, mi atención

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

MI FIRMA

Mi nombre en letra de imprenta: _____

Mi firma: _____ **Fecha:** _____

Parte 6. Sigüientes pasos

Ahora que ha llenado sus instrucciones por anticipado para la atención médica, también deberá seguir los estos pasos.

Converse:

- Revise sus deseos sobre la atención médica con la persona a quien le ha pedido que sea su agente (si todavía no lo ha hecho). Asegúrese de que pueda llevar a cabo esta importante tarea por usted en el futuro.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que pudieran estar involucrados si usted tuviera una enfermedad o una lesión grave. Asegúrese de que sepan quién es su agente o representante de atención médica y cuáles son sus deseos.

Entregue copias:

- Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su agente de atención médica.
- Entregue una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica a su médico o al Departamento de Educación (Education Department) de Kaiser Permanente local.
- Haga una copia para usted y guárdela donde se pueda encontrar con facilidad.

Lleve con usted:

- Si acude a un hospital o a un hogar para ancianos, lleve una copia de sus instrucciones por anticipado para la atención médica y pida que la incluyan en su historia clínica.
- Lleve una copia con usted en todo momento que esté lejos de su casa durante un tiempo prolongado.

Revise con regularidad:

- Revise sus deseos sobre atención médica cuando se presente alguna de las “cinco D”:

Década: cada vez que empiece una nueva década de su vida.

Defunción: cuando sufra la muerte de un ser querido.

Divorcio: cuando se divorcie o experimente otro cambio importante en su familia.

Diagnóstico: cuando le diagnostiquen una afección médica grave.

Deterioro: cuando experimente el deterioro o desmejoramiento de una afección médica existente, en especial cuando no pueda vivir solo.

Cómo cambiar sus instrucciones por anticipado para la atención médica:

Si sus deseos cambian, llene un documento de instrucciones por anticipado para la atención médica nuevas, avise a su agente y a sus familiares, y entregue una copia a Kaiser Permanente.

Nombre completo: _____

Número de historia clínica: _____

Se han entregado copias de este documento a:

- Agente primario (principal) de atención médica

Nombre completo: _____

Teléfono: _____

- Agente de atención médica suplente n.º 1

Nombre completo: _____

Teléfono: _____

- Agente de atención médica suplente n.º 2

Nombre completo: _____

Teléfono: _____

- Proveedor de atención médica/clínica

Nombre: _____

Teléfono: _____

- Otros:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Planificación

PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis opciones, mi atención

¿Necesita ayuda adicional?
kp.org/lifecareplan

