



# Planificación PARA EL CUIDADO DE LA VIDA

mis valores, mis opciones, mi atención

[kp.org/lifecareplan](http://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 o agente de atención médica Y proporcionar instrucciones por escrito acerca de su atención médica en el futuro

**La Parte 1** le brinda una oportunidad para compartir sus valores y lo que es importante para usted.

**La Parte 2** le permite pensar sobre sus deseos relacionados con la atención médica en el futuro.

**La Parte 3** le brinda la posibilidad de manifestar sus esperanzas y deseos para guiar la toma de decisiones de su agente.

**La Parte 4** le permite dar validez legal a sus instrucciones por anticipado para la atención médica en el estado de Oregon.

**La Parte A** proporciona información importante sobre las instrucciones por anticipado.

**La Parte B** nombra a un representante o agente de atención médica.

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

**La Parte D** es una declaración de los testigos.

**La Parte E** es la aceptación por parte del representante o agente de atención médica.

**La Parte 5** lo prepara para compartir sus deseos y este documento con otras personas.

Usted puede modificar este 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:

**Tipo de documento: Instrucciones por anticipado**

## **Parte 1. 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 2. Mis instrucciones de atención médica: mis opciones, mi atención

Mis opciones y preferencias para mi atención médica son las siguientes:

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 3. 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](http://donatelifenw.org/register-now).

## Parte 4. Validación legal de este documento

Para que sus instrucciones por anticipado para la atención médica tengan validez legal en Oregon, usted debe llenar el siguiente documento y debe estar firmado por 2 testigos.

## Instrucciones por anticipado en Oregon

**Usted no tiene que llenar ni firmar este formulario.**

### Parte A: información importante sobre estas instrucciones por anticipado

Este es un documento legal importante. Puede controlar decisiones fundamentales sobre su atención médica. Antes de firmar, considere esta información importante:

#### Información sobre la Parte B (cómo nombrar a un representante de atención médica)

Usted tiene el derecho de nombrar a una persona que se encargue de dirigir su atención médica cuando usted no pueda hacerlo. Esta persona se conoce como su representante de atención médica. Para hacerlo, puede usar la Parte B de este formulario. Su representante debe aceptar serlo en la Parte E de este formulario.

En este documento, usted puede escribir cualquier restricción que desee sobre la manera en la que su representante tomará decisiones por usted. Su representante debe seguir sus deseos como se establecen en este documento o como se hayan comunicado. Si se desconocen sus deseos, su representante debe intentar actuar en función de lo que sea mejor para usted. Su representante puede renunciar en cualquier momento.

#### Información sobre la Parte C (cómo dar instrucciones de atención médica)

Usted también tiene derecho a dar instrucciones que los proveedores de atención médica deben seguir si usted no puede tomar decisiones sobre su atención. Para hacerlo, puede usar la Parte C de este formulario.

#### Información sobre cómo llenar este formulario

Este formulario es válido solo si usted lo firma voluntariamente cuando esté en pleno uso de sus facultades. Si no desea tener instrucciones por anticipado, no tiene que firmar este formulario.

Este documento de instrucciones por anticipado no vencerá a menos que usted limite su duración. Si estableció una fecha de vencimiento y se encuentra imposibilitado para dirigir su atención médica antes de esa fecha, este documento de instrucciones por anticipado no vencerá hasta que usted sea capaz de tomar decisiones nuevamente.

Usted puede revocar este documento en cualquier momento. Para hacerlo, informe a su representante y a su proveedor de atención médica sobre la revocación.

A pesar de este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre su propia atención médica mientras pueda hacerlo.

Si no entiende alguna parte de este documento, pida a un abogado que se la explique.

Puede firmar la Parte B, la Parte C o ambas partes. Puede tachar las palabras que no expresen sus deseos o agregar otras que los expresen mejor. Los testigos deben firmar la Parte D.



# Instrucciones por anticipado en Oregon

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

A menos que sea revocado o suspendido, este documento de instrucciones por anticipado continuará durante:

**Anote sus iniciales en una opción:**

\_\_\_\_\_ Toda mi vida

\_\_\_\_\_ Otro periodo ( \_\_\_\_\_ años)

**Parte B: designación del representante de atención médica**

Nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante de atención médica.

La dirección de mi representante es \_\_\_\_\_

y su número de teléfono es \_\_\_\_\_.

Nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante suplente de atención médica.

La dirección del suplente es \_\_\_\_\_

y su número de teléfono es \_\_\_\_\_.

Autorizo a mi representante (o suplente) a dirigir mi atención médica cuando yo no pueda hacerlo.

NOTA: No puede nombrar a su médico, a un empleado de su médico o al propietario, operador o empleado de su centro de atención médica a menos que esa persona esté relacionada con usted por un vínculo de sangre, matrimonio o adopción, o que esa persona haya sido nombrada antes de que usted fuera admitido en el centro de atención médica.

**1. Límites**

Condiciones o instrucciones especiales:

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

**Anote sus iniciales si corresponde:**

\_\_\_\_\_ Di indicaciones o instrucciones de atención médica a los médicos.

Mi representante debe respetarlas.

## 2. Soporte vital

“Soporte vital” se refiere a cualquier medio médico para mantener la vida, incluidos los procedimientos, los dispositivos y los medicamentos. Si usted se niega a recibir soporte vital, seguirá recibiendo medidas de rutina para mantenerlo limpio y cómodo.

### Anote sus iniciales si corresponde:

\_\_\_\_\_ Mi representante PODRÁ decidir por mí sobre el soporte vital. (Si no anota sus iniciales en este espacio, su representante NO PODRÁ tomar decisiones sobre el soporte vital).

## 3. Alimentación por sonda

Un tipo de soporte vital es el suministro artificial de alimentos y agua por medio de un dispositivo médico, llamado alimentación por sonda.

### Anote sus iniciales si corresponde:

\_\_\_\_\_ Mi representante PODRÁ decidir por mí sobre la alimentación por sonda. (Si no anota sus iniciales en este espacio, su representante NO PODRÁ decidir sobre la alimentación por sonda).

---

(Fecha)

Firme aquí para nombrar a un representante de atención médica.

---

(Firma de la persona que realiza la designación)

## Parte C: instrucciones de atención médica

**Nota:** Al llenar estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- El término “como lo recomiende mi médico” significa que usted desea que su médico le proporcione soporte vital si él considera que puede ser de ayuda y que después lo descontinúe si no ayuda a mejorar su afección médica o síntomas.
- El “soporte vital” y la “alimentación por sonda” se definen en la Parte B.
- Si se niega a recibir alimentación por sonda, debe entender que los resultados pueden ser la malnutrición, la deshidratación y la muerte.
- Recibirá la atención necesaria para su comodidad e higiene, independientemente de las decisiones que tome.
- Puede dar instrucciones específicas al llenar los espacios del punto 1 al 4 a continuación, o puede usar las instrucciones generales proporcionadas en el punto 5.

Estos son mis deseos sobre la atención médica si mi médico u otro médico bien informado confirma que presento alguna de las siguientes afecciones médicas:

### 1. A punto de morir

Si estoy a punto de morir y el soporte vital solo pospondrá el momento de mi muerte:

#### a. Anote sus iniciales en una opción:

\_\_\_\_\_ Deseo recibir alimentación por sonda.

\_\_\_\_\_ Deseo recibir alimentación por sonda solo como lo recomiende mi médico.

\_\_\_\_\_ NO DESEO recibir alimentación por sonda.

**b. Anote sus iniciales en una opción:**

- Deseo que se use cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- Deseo que se use el soporte vital solo como lo recomiende mi médico.
- NO deseo que se use soporte vital.

**2. Inconsciente de manera permanente**

Si estoy inconsciente y es muy poco probable que vuelva a estar consciente:

**a. Anote sus iniciales en una opción:**

- Deseo recibir alimentación por sonda.
- Deseo recibir alimentación por sonda solo como lo recomiende mi médico.
- NO DESEO recibir alimentación por sonda.

**b. Anote sus iniciales en una opción:**

- Deseo que se use cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- Deseo que se use el soporte vital solo como lo recomiende mi médico.
- NO deseo que se use soporte vital.

**3. Enfermedad progresiva avanzada**

Si tengo una enfermedad progresiva que será mortal y está en una etapa avanzada, y no tengo la posibilidad de manera consistente y permanente de comunicarme por cualquier medio, de ingerir alimentos y agua de manera segura, de cuidar de mí mismo y de reconocer a mi familia y a otras personas, y es muy poco probable que mi afección mejore de manera sustancial:

**a. Anote sus iniciales en una opción:**

- Deseo recibir alimentación por sonda.
- Deseo recibir alimentación por sonda solo como lo recomiende mi médico.
- NO DESEO recibir alimentación por sonda.

**b. Anote sus iniciales en una opción:**

- Deseo que se use cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- Deseo que se use el soporte vital solo como lo recomiende mi médico.
- NO deseo que se use soporte vital.

**4. Sufrimiento excesivo**

Si el soporte vital no ayudaría a mejorar mi afección médica y me provocaría sufrimiento permanente y dolor intenso:

**a. Anote sus iniciales en una opción:**

- Deseo recibir alimentación por sonda.
- Deseo recibir alimentación por sonda solo como lo recomiende mi médico.
- NO DESEO recibir alimentación por sonda.

**b. Anote sus iniciales en una opción:**

- Deseo que se use cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- Deseo que se use el soporte vital solo como lo recomiende mi médico.
- NO deseo que se use soporte vital.

**5. Instrucciones generales**

**Anote sus iniciales si corresponde:**

No deseo prolongar mi vida por medio de soporte vital. Tampoco deseo recibir alimentación por sonda como soporte vital. Deseo que los médicos me permitan morir de manera natural si mi médico y otro médico bien informado confirman que presento alguna de las afecciones médicas mencionadas en los puntos 1 al 4 anteriores.

**6. Condiciones o instrucciones adicionales**

(Incluya una descripción de lo que desea que se realice).

---

---

---

---

**7. Otros documentos**

El “poder notarial de atención médica” es un documento que tendrá que firmar para nombrar a un representante para que tome decisiones de atención médica por usted.

**Anote sus iniciales en una opción:**

- He firmado previamente un poder notarial de atención médica. Deseo que se mantenga vigente a menos que haya nombrado a un representante de atención médica después de firmar el poder notarial para la atención médica.
- Tengo un poder notarial de atención médica y LO REVOCO.
- NO TENGO un poder notarial de atención médica.

---

(Fecha)

Firme aquí para dar instrucciones.

---

(Firma)

## Parte D: declaración de los testigos

Declaramos que la persona que firma este documento de instrucciones por anticipado:

- (a) Es un conocido personal nuestro o proporcionó una prueba de identidad.
- (b) Firmó o reconoció la firma de esa persona en estas instrucciones por anticipado en nuestra presencia.
- (c) Parece tener pleno uso de sus facultades y no actuó con la intervención de la fuerza, un fraude o una influencia indebida.
- (d) No nombró a ninguno de nosotros como representante de atención médica o representante suplente.
- (e) No es un paciente al que alguno de nosotros esté tratando como médico.

Testigo:

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo/fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del testigo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo/fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del testigo en letra de imprenta)

**NOTA:** Uno de los testigos no debe ser un familiar (de sangre, por matrimonio o adopción) de la persona que firma este documento de instrucciones por anticipado. Ese testigo tampoco debe tener derecho a ninguna porción del patrimonio de la persona después de su muerte. Ese testigo tampoco debe ser propietario, operador o empleado del centro de atención médica donde la persona es paciente o residente.

## Parte E: aceptación por parte del representante de atención médica

Acepto esta designación y estoy de acuerdo en actuar como representante de atención médica. Entiendo que debo actuar de manera coherente con los deseos de la persona que represento, según se expresan en este documento de instrucciones por anticipado o en cualquier otra manera en la que se me comuniquen. Si no conozco los deseos de la persona que represento, tengo el deber de actuar en la forma que yo, de buena fe, considere que es mejor para la persona. Entiendo que este documento me permite decidir sobre la atención médica de esa persona solo mientras esa persona no pueda hacerlo. Entiendo que la persona que me nombró puede revocar esta designación. Si me entero de que este documento fue suspendido o revocado, informaré al proveedor de atención médica actual de la persona, si lo conozco.

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante de atención médica/fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante suplente de atención médica/fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

**Cuando haya llenado el formulario, guarde el original y envíe una copia por correo a:  
Kaiser Permanente Process Center  
Medical Records Department, Advance Directive  
10220 SE Sunnyside Road, Clackamas, OR 97015-9734**

## Parte 5. 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 Servicio a los Miembros (Member Services 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](http://kp.org/lifecareplan)

