

Directiva médica por adelantado de California

Este formulario le permite decidir cómo desea ser tratado si se enferma de gravedad.

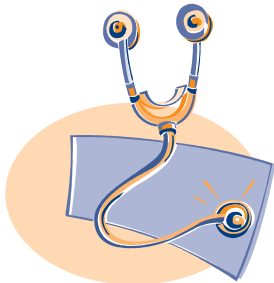


Este formulario tiene 3 partes. Le permite:



Parte 1: Elegir un responsable de decisiones médicas.

Un responsable de decisiones médicas es una persona que puede tomar decisiones sobre su atención médica por usted, en caso de que usted esté demasiado enfermo para hacerlo.



Parte 2: Tomar sus propias decisiones sobre su atención médica.

Este formulario le permite elegir el tipo de atención médica que desea.

De esta manera quienes le brindan cuidados no tendrán que adivinar lo que usted desea si está demasiado enfermo para expresarlo.



Parte 3: Firmar el formulario.

Debe estar firmado antes de que pueda usarse.

Puede rellenar la parte 1, la parte 2, o ambas.

Rellene **solamente** las partes que desee. Siempre firme el formulario en la parte 3. Dos testigos deben firmar en la página 11, o bien un notario público en la página 12.

SU NOMBRE: _____

Si solamente quiere nombrar a un responsable de decisiones médicas vaya a la parte 1, en la página 3.

Si solamente quiere tomar sus propias decisiones sobre su atención médica vaya a la parte 2, en la página 6.

Si quiere hacer ambas cosas, rellene la parte 1 y la parte 2.

**Siempre firme el formulario en la parte 3, en la página 9.
Dos testigos deben firmar en la página 11, o bien un notario público en la página 12.**

¿Qué hago si cambio de parecer?

- Rellene un formulario nuevo.
- Explíqueles sus cambios a quienes le brindan cuidados.
- Entréguele el formulario nuevo a su responsable de decisiones médicas y a su médico.



¿Qué hago si tengo preguntas sobre el formulario?

Hágales sus preguntas a sus médicos, enfermeros, trabajadores sociales, familiares o amigos. Los abogados también pueden ser de utilidad.



¿Qué hago si quiero tomar decisiones sobre mi atención médica que no aparecen en este formulario?

Escriba sus decisiones en la página 9.

Entregue este formulario a sus familiares, amigos y proveedores médicos, y explíqueles sus decisiones.



Parte 1

Elija a su responsable de decisiones médicas

La persona que puede tomar decisiones sobre su atención médica por usted, en caso de que usted esté demasiado enfermo para hacerlo.

¿A quién debo elegir como mi responsable de decisiones médicas?

Un familiar o amigo:

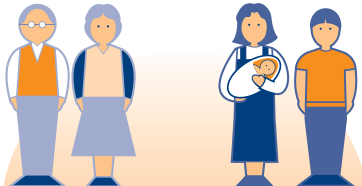


- que tenga al menos 18 años de edad
- que lo conozca bien
- que pueda estar disponible cuando usted lo necesite
- en quien confíe para que tome decisiones en beneficio de usted
- que pueda explicarles a sus médicos las decisiones que usted

tomó en este formulario. Su responsable de decisiones médicas **no puede** ser su médico, ni alguien que trabaje en su hospital o clínica, a menos que sea su familiar.



¿Qué ocurrirá si no elijo a un responsable de decisiones médicas?



Si usted no puede tomar sus propias decisiones porque está demasiado enfermo, sus médicos les pedirán a sus familiares o amigos que tomen decisiones por usted. La persona que tome las decisiones quizá no sepa lo que usted desea.

¿Qué tipos de decisiones puede tomar mi responsable de decisiones médicas?

Aceptar, rechazar, modificar, suspender o elegir:

- médicos, enfermeros, trabajadores sociales
- hospitales, clínicas o su lugar de residencia
- medicamentos, pruebas o tratamientos
- lo que ocurrirá con su cuerpo y sus órganos después de su muerte



Su responsable de decisiones médicas deberá obedecer las decisiones sobre su atención médica que usted tomó en la parte 2.

Otras decisiones que puede tomar su responsable de decisiones médicas:

Tratamientos de soporte vital - atención médica para tratar de ayudarlo a vivir más tiempo

- **RCP o reanimación cardiopulmonar**

cardio = corazón pulmonar = pulmones reanimación = volver a la vida



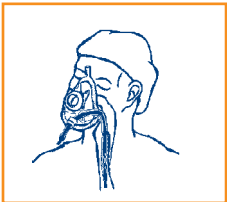
Esto puede incluir:

- oprimir con fuerza su pecho para que su sangre siga fluyendo
- descargas eléctricas para reiniciar su corazón
- medicamentos en sus venas

- **Máquina para respirar o respirador mecánico**

La máquina bombea aire a sus pulmones y respira por usted.

Usted no puede hablar mientras está en la máquina.



- **Diálisis**

Una máquina que limpia su sangre si sus riñones dejan de funcionar.

- **Sonda de alimentación**

Un tubo que se usa para alimentarlo si no puede ingerir alimentos. El tubo se inserta por su garganta, hasta su estómago. También puede insertarse con cirugía.



- **Transfusiones de sangre**

Introducir sangre en sus venas.

- **Cirugía**

- **Medicamentos**

Atención terminal - si usted podría morir pronto, su responsable de decisiones médicas puede:



- llamar a un asesor espiritual
- decidir si usted fallece en su hogar o en el hospital
- decidir en dónde deben enterrarlo



**Muéstrele este formulario a su responsable de decisiones médicas.
Explíquelo a su responsable de decisiones médicas los tipos de atención médica que desea.**

Su responsable de decisiones médicas



Quiero que esta persona tome mis decisiones médicas si yo no puedo hacerlo

nombre		apellido	
()	-	()	-
teléfono de casa	teléfono del trabajo	relación	
calle y número	ciudad	estado	código postal

Si la primera persona no puede hacerlo, quiero que esta persona tome mis decisiones médicas.

nombre		apellido	
()	-	()	-
teléfono de casa	teléfono del trabajo	relación	
calle y número	ciudad	estado	código postal

Marque con una X la casilla junto a la oración con la que está de acuerdo.

- ☐ Mi responsable de decisiones médicas puede tomar decisiones por mí desde que yo firme este formulario.
- ☐ Mi responsable de decisiones médicas tomará decisiones por mí **solamente** cuando yo no pueda tomarlas.

¿Cómo desea que su responsable de decisiones médicas cumpla con sus deseos sobre su atención médica?

Marque con una X la casilla junto a la oración con la que más está de acuerdo.

- ☐ **Flexibilidad total:** Mi responsable de decisiones médicas puede cambiar cualquiera de mis decisiones médicas si mis médicos creen que es lo mejor para mí en ese momento.
- ☐ **Algo de flexibilidad:** Mi responsable de decisiones médicas puede cambiar algunas de mis decisiones médicas si mis médicos creen que es lo mejor. Pero estos son algunos deseos que quiero que nunca se cambien:

- ☐ **Ninguna flexibilidad:** Quiero que mi responsable de decisiones médicas cumpla mis deseos médicos con exactitud, sin importar las circunstancias. **No deseo** que se cambien mis decisiones, incluso si los médicos lo recomiendan.

Para tomar sus propias decisiones sobre su atención médica vaya a la parte 2, en la siguiente página.

Cuando termine, debe firmar este formulario en la página 9.

Parte 2

Tomar sus propias decisiones sobre su atención médica

Escriba sus decisiones para que quienes le brindan cuidados no tengan que adivinar.

Piense en las cosas que hacen que valga la pena vivir. Marque con una X las casillas que están junto a **todas** las oraciones con la que más está de acuerdo.

Solamente vale la pena vivir mi vida si puedo:

- ☐ hablar con mis familiares o amigos
- ☐ despertar de un coma
- ☐ alimentarme, bañarme y cuidar de mí mismo
- ☐ no sufrir dolor
- ☐ vivir sin estar conectado a máquinas
- ☐ Siempre vale la pena vivir, sin importar qué tan enfermo esté
- ☐ No estoy seguro



Si estoy muriendo, es importante para mí estar:

- ☐ en mi hogar ☐ en el hospital ☐ no estoy seguro

¿La religión o espiritualidad es importante para usted?

- ☐ no ☐ sí Si tiene una religión, ¿cuál es?

¿Qué deben saber sus médicos sobre sus creencias religiosas o espirituales?

Si está enfermo, sus médicos y enfermeros siempre tratarán de mantenerlo cómodo y sin dolor.

SU NOMBRE: _____

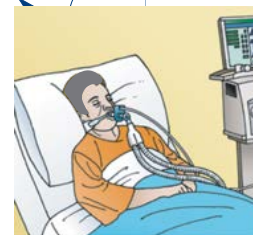
Los tratamientos de soporte vital se usan para tratar de mantenerlo vivo. Pueden incluir RCP, una máquina para respirar, sondas de alimentación, diálisis, transfusiones de sangre o medicamentos.

Lea esta página en su totalidad antes de tomar su decisión.

Marque con una X la casilla junto a la opción con la que más está de acuerdo.

Si estoy tan enfermo que podría morir pronto:

- ☐ Prueben todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, **quiero seguir en las máquinas de soporte vital** incluso si estoy sufriendo.
- ☐ Prueben todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que pueden ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, **NO quiero seguir en las máquinas de soporte vital**. Si estoy sufriendo, quiero que las suspendan.
- ☐ **No quiero recibir tratamientos de soporte vital**, y quiero que se concentren en que esté cómodo. Prefiero tener una muerte natural.
- ☐ Quiero que mi **responsable de decisiones médicas** decida por mí.
- ☐ No estoy seguro.



Si quiere escribir deseos médicos que no aparecen en este formulario, vaya a la página 9.

SU NOMBRE: _____

Sus médicos pueden tener preguntas sobre la donación de órganos y la autopsia después de su muerte. Por favor díganos sus deseos.

Marque con una X la casilla junto a la opción con la que más está de acuerdo.

Donar (dar) sus órganos puede ayudar a salvar vidas.

☐ Sí **quiero** donar mis órganos.

¿Qué órganos quiere donar?

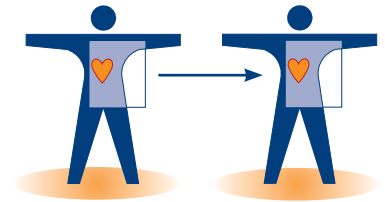
☐ todos los órganos

☐ solamente _____

☐ **No quiero** donar mis órganos.

☐ Quiero que mi **responsable de decisiones médicas** decida.

☐ No estoy seguro.



Puede hacerse una autopsia después de la muerte para determinar por qué murió la persona.

Se hace con cirugía. Puede tomar varios días.

☐ **Quiero** una autopsia.

☐ **No quiero** una autopsia.

☐ **Solamente** quiero una autopsia si hay dudas sobre mi muerte.

☐ Quiero que mi **responsable de decisiones médicas** decida.

☐ No estoy seguro.



¿Qué deben saber los médicos sobre la manera en que desea que se trate a su cuerpo después de su muerte? ¿Tiene deseos sobre su funeral o entierro?

¿Qué otros deseos son importantes para usted?

Parte 3 Firmar el formulario

Antes de que este formulario pueda usarse, usted debe:

- firmar este formulario, si tiene al menos 18 años de edad
- hacer que dos testigos o un notario público firmen el formulario



Firme con su nombre y escriba la fecha.

firme con su nombre

fecha

nombre en letra de molde

apellido en letra de molde

dirección

ciudad

estado

código postal



Parte 3 Testigos

Antes de que este formulario pueda usarse, debe hacer que lo firmen 2 testigos o un notario público

Sus testigos deben:

- tener más de 18 años de edad
- conocerlo
- verlo firmar este formulario

Sus testigos no pueden:

- ser su responsable de decisiones médicas
- ser su proveedor de atención médica
- trabajar para su proveedor de atención médica
- trabajar en el lugar donde usted reside (si reside en una casa de reposo, vaya a la página 12).



Además, un testigo no puede:

- tener cualquier parentesco con usted
- recibir un beneficio económico (dinero o bienes) después de que usted muera

Si no tiene testigos, un notario público debe firmar la página 12.

- El trabajo de un notario público es verificar que es usted quien firma el formulario.

Los testigos deben firmar con sus nombres en la siguiente página.

Si no tiene testigos, lleve este formulario a un notario público y pídale que firme en la página 12.

Haga que sus testigos firmen con sus nombres y escriban la fecha

Con mi firma, declaro que _____ firmó este formulario mientras yo observaba.
(nombre)

Estaba en pleno uso de sus facultades mentales y no fue obligado a firmar. También declaro que:

- Conozco a esta persona y pudo demostrarme su identidad
- Tengo 18 años de edad o más
- No soy su responsable de decisiones médicas
- No soy su proveedor de atención médica
- No trabajo para su proveedor de atención médica
- No trabajo en su lugar de residencia



Un testigo también debe prometer que:

- No tenemos parentesco consanguíneo, político ni por adopción
- No recibiré un beneficio económico (dinero o bienes) después de su muerte

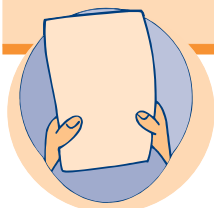
Testigo 1

_____/_____/_____ firme con su nombre		_____/_____ fecha	
_____ nombre en letra de molde		_____ apellido en letra de molde	
_____ dirección	_____ ciudad	_____ estado	_____ código postal

Testigo 2

_____/_____/_____ firme con su nombre		_____/_____ fecha	
_____ nombre en letra de molde		_____ apellido en letra de molde	
_____ dirección	_____ ciudad	_____ estado	_____ código postal

Ya terminó de rellenar este formulario.



Entregue este formulario a sus familiares, amigos y proveedores médicos. Hable con ellos sobre sus deseos médicos.

Notario público Lleve este formulario a un notario público **SOLAMENTE** si no lo han firmado dos testigos. Lleve una identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

CERTIFICADO DE VERIFICACIÓN DE NOTARIO PÚBLICO

Un notario público u otro funcionario que rellene este certificado solamente corrobora la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta el certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de dicho documento.

Estado de California

Condado de _____

El día _____ ante mi, _____, en persona,
Fecha Escribir aquí el nombre y puesto del funcionario
 compareció _____
Nombre del firmante

quien me demostró con evidencias satisfactorias que era la persona cuyo nombre aparece como titular en el presente instrumento y me manifestó que firmó el mismo en el ejercicio de sus facultades, y que con su firma en el instrumento la persona, o la entidad en cuyo nombre actuó la persona, ratificó el documento.

Certifico bajo PENA DE PERJURIO conforme a las leyes del estado de California que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

CERTIFICO con mi firma y sello oficial.

Firma _____
Firma del notario público

Descripción del documento adjunto

Título o tipo de documento: _____

Fecha: _____ Número de páginas: _____

Facultades reclamadas por los firmantes

Nombre del firmante: _____

- ☐ La persona
☐ Tutor o curador
☐ Otro _____

**HUELLA DEL PULGAR
DERECHO DEL FIRMANTE**

Parte superior del
pulgar

(Sello del notario)

SOLAMENTE para residentes en casas de reposo de California

Entréguele este formulario al director de su casa de reposo **SOLAMENTE** si usted vive en una casa de reposo. Las leyes de California ordenan que los residentes de casas de reposo incluyan al defensor del usuario de la casa de reposo como testigo de las directivas por adelantado.

DECLARACIÓN DEL CUIDADOR O DEFENSOR DEL PACIENTE

"Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de California, que soy un cuidador o defensor del paciente designado por el Departamento de la Tercera Edad del Estado y que funjo como testigo según lo ordenado en la sección 4675 del Código de Derechos Sucesorios".

 firme con su nombre

 fecha

 nombre en letra de molde

 apellido en letra de molde

 dirección

 ciudad

 estado

 código postal

