



# Planificación de Atención Anticipada (Directiva Anticipada)

Trabajando Juntos para  
Honrar sus Deseos





# Cómo completar su Directiva Anticipada

## Comparta sus deseos

En Bay Area Hospital, nos esforzamos por brindar la mejor atención posible. Para cumplir este objetivo, es importante que conozcamos el nivel de atención que desea recibir y que tengamos una forma de cumplir sus deseos. Una forma para asegurarnos de que estamos haciendo eso es completando un documento de atención anticipada llamada Directiva Anticipada. Una directiva anticipada es un documento el cual ayuda a comunicar sus deseos de atención médica cuando no puede expresarlos usted mismo. Recomendamos que todos, independientemente del estado de salud o la edad, que tengan una Directiva Anticipada. Todos podemos sufrir una lesión o enfermedad inesperada en cualquier momento; por lo tanto, debemos tener una copia de su Directiva Anticipada en nuestro expediente médico.

---

## Atención Anticipada: Planeando Juntos

### Objetivos del plan de Atención Anticipada

La planificación anticipada de atención tiene dos objetivos. Uno es identificar el tipo de atención médica que desea recibir por si queda incapacitado y no puede comunicar sus decisiones. El otro objetivo es nombrar a alguien de confianza para que tome las decisiones de atención médica por usted, en el caso de que no pueda hacerlo usted mismo.

Las Directiva Anticipada, un documento legal del estado de Oregón, comunica esta información a sus seres queridos y a sus proveedores de atención médica. Nunca es demasiado pronto para completar una Directiva Anticipada.

Si tiene alguna pregunta sobre este material, consulte a sus proveedores de atención médica.

*Después de completar este paquete, lleve una copia a su proveedor de cuidado primario y a Bay Area Hospital.*

# Información sobre la Directiva Anticipada

**Nota Importante: Tenga en cuenta que usted no tiene la obligación de llenar ese formulario**

## **PARTE A: Información importante sobre esta Directiva Anticipada**

Este es un documento legal importante. Permite controlar las decisiones críticas sobre su atención médica. Antes de firmar, tenga en cuenta los siguientes datos importantes:

### **Datos sobre la PARTE B: Nombramiento de un representante de atención médica**

Usted tiene el derecho de nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda hacerlo. A esta persona se le llama su “representante de atención médica.” Puede hacerlo, utilizando la PARTE B de este formulario. Su representante debe aceptar en la PARTE E de este formulario.

En este documento, usted puede escribir las restricciones que desee sobre la forma en que su representante tomará decisiones por usted. Su representante debe respetar sus deseos tal y como se indican en este documento o de otra manera dado a conocer. Si se desconocen sus deseos, su representante debe tratar de actuar en su mejor interés. Su representante puede renunciar en cualquier momento.

### **Datos sobre la PARTE C: Indicación para dar instrucciones de atención médica**

Usted también tiene derecho a dar instrucciones para que los proveedores de atención médica las sigan en caso de que usted no pueda dirigir su atención médica. Puede hacerlo utilizando la PARTE C de este formulario.

## **Datos sobre completar este formulario**

Este formulario es válido solo si usted lo firma voluntariamente y cuando usted tiene pleno uso de sus facultades y está su en sano juicio. Si usted no quiere una Directiva Anticipada, no tiene la obligación de firmar este formulario.

Este documento no se vencerá a menos que usted haya limitado la duración de esta directiva. Si ha establecido una fecha de vencimiento y no puede dirigir su atención médica antes de esa fecha, esta Directiva Anticipada no se vencerá hasta que usted pueda tomar esas decisiones nuevamente.

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

A pesar de este documento, usted tiene el derecho de decidir sobre su atención médica siempre y cuando pueda hacerlo.

Si hay algo en este documento que usted no entiende, pídale a un abogado que se lo explique.

Puede firmar la PARTE B, la PARTE C o ambas partes. Usted puede cruzar las palabras que no expresen sus deseos o añadir palabras que expresen mejor sus deseos. Los testigos deben firmar la PARTE D.

# Formulario Directiva Anticipada

Escriba su nombre, fecha de nacimiento y dirección aquí:

Nombre

Dirección línea 1

Fecha de nacimiento

Dirección línea 2

**A menos que sea revocada o suspendida, esta Directiva Anticipada continuará durante:**  
(escriba sus iniciales en una opción)

\_\_\_\_\_ Toda mi vida      \_\_\_\_\_ Otro período (\_\_\_\_\_ años)

## PARTE B: Nombramiento de un representante de atención médica

Yo nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante para la atención médica.

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

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

Yo nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante alterno para la atención médica.

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

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

**Yo autorizo a mi representante (o al representante alterno) a dirigir mi atención médica cuando yo no pueda hacerlo.**

Firma

Fecha

**NOTA:** No puede designar a su médico, a un empleado de su médico, ni a un propietario, operador o empleado de su centro de atención médica, a menos que esa persona esté vinculada con usted por sangre, matrimonio o adopción, o que esa persona haya sido designada antes de su ingreso en el centro de atención médica.

### B-1: Límites (escriba sus iniciales si esto es aplicable)

\_\_\_\_\_ He ejecutado un documento de instrucciones o una Directiva de atención médica a los médicos.  
Mi representante debe respetar dichas instrucciones o voluntades.

Condiciones o instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

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

**B-2: Soporte de vida** (escriba sus iniciales si esto es aplicable)

“Soporte de vida” se refiere a cualquier medio médico para mantener la vida e incluye procedimientos, dispositivos y medicamentos. Si rechaza el soporte de vida, seguirá recibiendo medidas de rutina para mantenerlo limpio y cómodo.

\_\_\_\_\_ Mi representante PUEDE decidir sobre el soporte de vida para mí.  
(Si no inicia este espacio, su representante NO PODRA decidir sobre el soporte de vida.)

**B-3: Alimentación por tubo** (escriba sus iniciales si esto es aplicable)

Un tipo de soporte de vida es la alimentación y suministro de agua de manera artificial usando un dispositivo médico conocido como alimentación por tubo.

\_\_\_\_\_ Mi representante PUEDE decidir sobre la alimentación por tubo para mí.  
(Si no inicia este espacio, su representante NO PODRA decidir sobre la alimentación por tubo.)

**Firme aquí para designar a un representante de atención médica:**

\_\_\_\_\_ Firma de la persona que realiza el nombramiento

\_\_\_\_\_ Fecha

**PARTE C: Instrucciones para la atención médica**

**Al completar estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:**

- El término “como mi médico recomienda” significa que usted desea que su médico intente el soporte de vida si su médico cree que le puede ser útil y que luego lo suspenda si no está ayudando a su estado de salud o sus síntomas no mejoran.
- “Soporte de vida” y “alimentación por tubo” se definen en la PARTE B arriba.
- Si usted rechaza la alimentación por tubo, debe comprender que probablemente se producirá desnutrición, deshidratación y muerte.
- Independientemente de las opciones que usted tome, nos ocuparemos de cuidar su comodidad y limpieza.
- Usted puede proporcionar instrucciones específicas completando los artículos C-1 a C-4 que aparecen a continuación o puede usar las instrucciones generales que se indican en el artículo C-5.

**Estos son mis deseos sobre mi atención médica si mi médico y otro médico experto confirman que me encuentro en una situación médica que se describe a continuación:**

**C-1: A punto de morir** (escriba sus iniciales en una de cada columna)

Si estoy a punto de morir y el soporte de vida solo pospondría el momento de mi muerte:

- |  |   |
|--|---|
| _____ Deseo recibir alimentación por tubo                                | _____ Deseo que se use cualquier otro soporte de vida que pueda aplicarse |
| _____ Deseo recibir alimentación por tubo solo como mi medico recomienda | _____ Deseo que se use soporte de vida solo como mi médico recomienda     |
| _____ NO DESEO recibir alimentación por tubo                             | _____ NO deseo que se use soporte de vida                                 |

**C-2: Inconsciente Permanentemente** (escriba sus iniciales en una de cada columna)

Si estoy inconsciente y es muy poco probable que pueda recobrar el conocimiento:

- |  |   |
|--|---|
| _____ Deseo recibir alimentación por tubo                                | _____ Deseo que se use cualquier otro soporte de vida que pueda aplicarse |
| _____ Deseo recibir alimentación por tubo solo como mi medico recomienda | _____ Deseo que se use soporte de vida solo como mi médico recomienda     |
| _____ NO DESEO recibir alimentación por tubo                             | _____ NO deseo que se use soporte de vida                                 |

**C-3: Enfermedad progresiva avanzada** *(escriba sus iniciales en una de cada columna)*

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 estado mejore de manera sustancial:

- \_\_\_\_\_ Deseo recibir alimentación por tubo
- \_\_\_\_\_ Deseo recibir alimentación por tubo solo como mi medico recomienda
- \_\_\_\_\_ NO DESEO recibir alimentación por tubo

- \_\_\_\_\_ Deseo que se use cualquier otro soporte de vida que pueda aplicarse
- \_\_\_\_\_ Deseo que se use soporte de vida solo como mi médico recomienda
- \_\_\_\_\_ NO deseo que se use soporte de vida

**C-4: Sufrimiento Extraordinario** *(escriba sus iniciales en una de cada columna)*

Si el soporte de vida no ayudaría a mejorar mi condición médica y me provocaría sufrir dolor permanente y severo:

- \_\_\_\_\_ Deseo recibir alimentación por tubo
- \_\_\_\_\_ Deseo recibir alimentación por tubo solo como mi medico recomienda
- \_\_\_\_\_ NO DESEO recibir alimentación por tubo

- \_\_\_\_\_ Deseo que se use cualquier otro soporte de vida que pueda aplicarse
- \_\_\_\_\_ Deseo que se use soporte de vida solo como mi médico recomienda
- \_\_\_\_\_ NO deseo que se use soporte de vida

**C-5: Instrucción General** *(escriba sus iniciales si esto es aplicable)*

- \_\_\_\_\_ No deseo prolongar mi vida por medio de soporte de vida. Tampoco deseo recibir alimentación por tubo como soporte de vida. Deseo que los médicos me permitan morir de manera natural si mi médico y otro médico experto confirman que me encuentro en alguna de las situaciones médicas indicadas en los puntos C-1 a C-4 anteriores.

**C-6: Condiciones o instrucciones adicionales** *(Incluya una descripción de lo que desea que se haga)*

---

---

---

---

**C-7: Otros Documentos** *(iniciales en solo una)*

Un “poder notarial de atención médica” es cualquier documento que usted haya firmado para designar a un representante para que tome decisiones sobre la atención médica por usted.

- \_\_\_\_\_ Anteriormente he firmado un poder notarial de atención médica. Deseo que permanezca vigente a menos que haya nombrado a un representante de atención médica después de firmar este poder notarial de atención médica.
- \_\_\_\_\_ Tengo un poder notarial de atención médica y LO REVOCO.
- \_\_\_\_\_ NO tengo un poder notarial de atención médica

**Firme aquí para autorizar sus instrucciones de atención médica:**

Firma

Fecha

## PARTE D: Declaración de los testigos

### Declaramos que la persona que firma esta Directiva Anticipada:

- a. Es un conocido personal nuestro o ha proporcionado una prueba de identidad.
- b. Firmó o reconoció la firma de esa persona en esta directiva anticipada en nuestra presencia.
- c. Parece tener pleno uso de razón y no está bajo presión, fraude o influencia indebida.
- d. No nos ha nombrado a ninguno de nosotros como representante o suplente; de atención médica y
- e. No es un paciente al que alguno de nosotros esté tratando como médico.

#### **Atestiguado por:**

\_\_\_\_\_

Firma del testigo/fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del testigo en letra de molde

\_\_\_\_\_

Firma del testigo/fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del testigo en letra de molde

**NOTA:** Un testigo no debe ser pariente (por sangre, matrimonio o adopción) de la persona que firma la Directiva Anticipada. Ese testigo tampoco debe tener derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona en el momento de su muerte. Ese testigo tampoco debe poseer, operar ni ser empleado en el centro de salud donde la persona es un paciente o residente.

## PARTE E: Aceptación del representante de atención médica

Acepto este nombramiento y acepto servir como representante de atención médica. Entiendo que debo actuar de manera consistente con los deseos de la persona a la que represento, tal y como se encuentran expresados en esta Directiva Anticipada o que se me haga dado a conocer de otra manera. Si no conozco los deseos de la persona a la que represento, tengo el deber de actuar de buena fe en lo que creo que es lo más conveniente para esa persona. Entiendo que este documento me permite decidir sobre la atención médica de la persona únicamente mientras esta no pueda hacerlo. Entiendo que la persona que me nombro puede revocar este nombramiento. Si me entero de que este documento fue suspendido o revocado, informaré al proveedor de atención médica actual de la persona, si lo conozco.

#### **Representante para la atención médica:**

\_\_\_\_\_

Firma del testigo/fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del testigo en letra de molde

\_\_\_\_\_

Firma del testigo/fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del testigo en letra de molde



(541) 269-8111  
1775 Thompson Road, Coos Bay, Oregon 97420  
[www.bayareahospital.org](http://www.bayareahospital.org)