



# Cómo iniciar la conversación sobre la planificación anticipada de atención médica

# Completar los documentos de instrucciones anticipadas

Toda persona de 18 años o más que sea capaz de tomar sus propias decisiones puede completar una instrucción anticipada. Los formularios son fáciles de completar y estamos aquí para ayudarle.

No es necesario contratar a un abogado para completar nuestros formularios, pero deben cumplir lo siguiente:

- estar fechados;
- estar firmados por el paciente o por su representante de atención médica;
- estar firmados por dos testigos no relacionados con el paciente por consanguinidad ni matrimonio y sin derecho a parte alguna de los bienes sucesorios del paciente.

Es importante que revise sus formularios cada año para asegurarse de que sigan expresando sus deseos. Usted puede cancelar o revocar los documentos archivados en Ochsner en cualquier momento, ya sea de manera verbal o por escrito.

Debe proporcionarle copias a su médico y a las personas que usted desee que conozcan sus deseos. Si debe ir al hospital, lleve una copia de sus documentos, en caso de que aún no estén archivados allí. Guarde sus documentos originales en un lugar donde sea fácil encontrarlos.

## Para enviar los formularios de instrucciones anticipadas por correo electrónico:

Para enviar las instrucciones anticipadas por correo electrónico, debe ser un paciente actual de Ochsner. Asegúrese de que todos los documentos estén fechados y firmados y que tengan también la firma de dos testigos. Los documentos incompletos o no válidos serán devueltos.

Puede enviar las fotografías o los archivos escaneados de sus documentos a **HIM@ochsner.org**.

Recomendaciones para las fotografías:

- Solo necesita enviar los siguientes formularios legales: Poder notarial y Testamento vital.
- Cuando tome las fotografías, deje los documentos apoyados en forma plana (no los sostenga con la mano).
- Tome las fotografías en un lugar donde los documentos estén bien iluminados.
- Asegúrese de que las fotografías se vean claras y legibles.

Para obtener más información, visite **[www.PrepareForYourCare.org](http://www.PrepareForYourCare.org)** o **[www.theconversationproject.org](http://www.theconversationproject.org)**. Estos sitios web están diseñados para facilitar a los pacientes y cuidadores la toma de decisiones de atención médica.

También puede visitar **[www.ochsner.org/advancecareplanning](http://www.ochsner.org/advancecareplanning)** si necesita asistencia. En su cuenta de MyOchsner podrá encontrar los formularios del Poder notarial y del Testamento vital.

# Cómo iniciar la conversación sobre la planificación anticipada de atención médica

Nunca es demasiado pronto para considerar qué es lo más importante para usted en caso de que cambie el estado de su salud. Si bien puede ser difícil pensar sobre circunstancias en las que usted esté enfermo o no sea capaz de tomar decisiones, cuanto antes planifique, más probabilidades tendremos de brindarle la atención médica adecuada para usted.

En Ochsner, deseamos que se conozcan sus opiniones y se respeten sus deseos, sin importar cuál sea su estado de salud.

Tal vez haya tenido experiencias con personas cercanas a usted que estuvieron enfermas. Es posible que haya visitado a seres queridos en la ICU (unidad de cuidados intensivos) o en el hospital. O tal vez haya visto a personas que se enferman en programas de televisión o películas. Pensar en estas situaciones puede ser un buen primer paso en el proceso de la planificación anticipada de atención médica.

Los siguientes son algunos ejemplos para iniciar una conversación sobre este tema con un ser querido:

- *“No es fácil hablar sobre este tema, pero si me enfermo o tengo un accidente y no puedo tomar decisiones sobre mi salud, quiero que sepas lo que yo considero importante para que puedas tomar esas decisiones por mí”.*
- *“Necesito pensar sobre el futuro... ¿puedes ayudarme?”*
- *“Aunque ahora estoy bien, me preocupa qué podría pasar si me enfermo. Me gustaría estar preparado”.*

Siga los pasos siguientes para asegurarse de que su equipo de atención médica de Ochsner comprenda lo más posible sus valores, sus preferencias y sepa con qué personas debe comunicarse si usted se enferma.



# Paso 1: Decidir a quién darle un Poder notarial de atención médica

Piense en las personas más importantes para usted. ¿En quién confía para que le informe a su equipo de atención médica lo que es importante para usted y los tipos de tratamientos que usted **desea o no desea** recibir?

La persona que reciba el Poder notarial de atención médica debe ser alguien que usted designe para que tome decisiones de salud en nombre suyo cuando esté demasiado enfermo para tomarlas por su cuenta. Las personas suelen designar al cónyuge, a un hijo, a un familiar o a un amigo.

Reflexione sobre lo siguiente:

1. Si sucediera que usted no puede expresarse, ¿ha considerado quién podría tomar decisiones de atención médica en nombre de usted?
2. Aunque ya sepa qué persona usted quiere que tome decisiones médicas en su nombre, ¿ha designado a esa persona de manera oficial para que tenga el Poder notarial de atención médica?

Una vez que haya decidido a quién darle un Poder notarial de atención médica, hable con esa persona para comunicarle sus deseos. Luego, complete el documento de Poder notarial de atención médica y analícelo con su médico durante su próxima consulta.

Los profesionales de atención médica de Ochsner siempre confirmarán sus deseos con usted o con su apoderado notarial de atención médica llegado el caso de que usted se enferme.

## Temas para analizar con su apoderado notarial de atención médica:

- Tomar decisiones relacionadas con evitar o cesar procedimientos de soporte vital.
- Tomar decisiones sobre tratamientos y atención médica en nombre mío.
- Tomar decisiones relacionadas con cirugías.
- Tomar decisiones relacionadas con gastos médicos.
- Tomar decisiones relacionadas con la hospitalización.
- Tomar decisiones relacionadas con el traslado a una residencia para ancianos.
- Iniciar todo proceso jurídico necesario para llevar a cabo mis deseos.
- Tomar decisiones relacionadas con medicamentos.
- Ver y aprobar la divulgación de mi expediente médico.
- Tomar decisiones relacionadas con la selección de médicos.
- Solicitar Medicare/Medicaid u otros programas de seguro.



**OCHSNER HEALTH SYSTEM  
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

**PODER NOTARIAL PARA DECISIONES  
SOBRE ATENCIÓN MÉDICA**

**Persona a quien he designado para que tome decisiones sobre atención  
médica por mí cuando yo no pueda tomarlas por mi propia cuenta**

Si yo, \_\_\_\_\_, estando actualmente en mi sano juicio, ya no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, otorgo el Poder notarial de atención médica a la siguiente persona:

**Nombre de la persona como primera opción:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Si esta persona no puede o no desea tomar dichas decisiones por mí, O si está divorciada o legalmente separada de mí, O si ha fallecido, las personas como opciones alternativas son las siguientes:

**Nombre de la persona como segunda opción:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la persona como tercera opción:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que la persona que tenga el Poder notarial de atención médica puede tomar decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones relacionadas con evitar o cesar procedimientos de soporte vital.

La persona con el Poder notarial de atención médica tiene plena autoridad para tomar dichas decisiones de manera efectiva, completa y plena, y a todos los efectos y propósitos, con la misma validez que si dichas decisiones se las hubiera tomado yo mismo.

Este Poder notarial de atención médica tiene entrada en vigor inmediata y revoca y reemplaza todo Poder notarial de atención médica que yo haya otorgado previamente. Este Poder notarial de atención médica continuará en vigor hasta que sea revocado.

He preparado y firmado esta declaración el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ ante la presencia de los testigos abajo firmantes, quienes no tienen derecho a parte alguna de mis bienes sucesorios.

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**CONFIRMACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Conozco y he conocido personalmente al declarante, y considero que está en su sano juicio. No estoy relacionado con el declarante por consanguinidad ni matrimonio y no tendría derecho a parte alguna de sus bienes sucesorios cuando él o ella muera. Estuve presente de manera física y fui testigo en persona de la declaración antedicha realizada por el declarante.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/ Hora

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/Hora

## Paso 2: Determinar qué es importante para usted

Cada persona tiene una idea diferente sobre el concepto de la calidad de vida, lo que da significado a la vida y lo que hace que valga la pena vivir. No existen opciones correctas ni incorrectas. Lo más importante es que usted se haya tomado el tiempo necesario para pensar este tema con anticipación y que les haya comunicado sus preferencias a su apoderado de atención médica y a los médicos.

Considere estas tres opciones de tratamiento médico:

- A. Deseo recibir tratamiento de soporte vital.
- B. Deseo recibir tratamiento de soporte vital si mi médico considera que este puede beneficiarme. Sin embargo, deseo que mi médico deje de darme tratamiento de soporte vital si no es beneficioso para mi afección.
- C. No deseo recibir tratamiento de soporte vital. Si ya lo han iniciado, deseo que cesen el tratamiento.

Para las situaciones siguientes, decida qué tratamiento médico desearía recibir o no y escriba la letra correspondiente que refleje sus deseos.

### Situación 1

Mi médico y otro profesional de atención médica determinan en conjunto que es probable que yo muera dentro de un período breve y que un tratamiento de soporte vital solo prolongaría el momento de mi muerte. Mis deseos para esta situación son: \_\_\_\_\_

### Situación 2

Mi médico y otro profesional de atención médica han determinado en conjunto que estoy en coma y que no se espera que recobre el conocimiento o me recupere. Un tratamiento de soporte vital solo prolongaría el momento de mi muerte. Mis deseos para esta situación son: \_\_\_\_\_

### Situación 3

Mi médico y otro profesional de atención médica determinan en conjunto que tengo daño cerebral grave y permanente. Puedo abrir los ojos, pero no puedo hablar ni entender, y no se espera que mejore. Un tratamiento de soporte vital solo prolongaría el momento de mi muerte. Mis deseos para esta situación son: \_\_\_\_\_

### Situación 4

Mi estado de salud ya no me permite entender lo que sucede a mi alrededor. No puedo hablar ni hacer cosas por mi cuenta, como comer o ir al baño. Mis deseos para esta situación son: \_\_\_\_\_

Usted solo o con su apoderado notarial de atención médica deberán completar el documento del Testamento vital para que los médicos tengan una información clara sobre sus preferencias.

Los profesionales de atención médica de Ochsner siempre confirmarán sus deseos con usted o con su apoderado notarial de atención médica llegado el caso de que usted se enferme.

**OCHSNER HEALTH SYSTEM  
INSTRUCCIONES ANTICIPADAS  
TESTAMENTO VITAL**

**EVITAR O CESAR PROCEDIMIENTOS  
DE SOPORTE VITAL  
(LA.REV.STAT.40:1299.58.3)**

**El tipo de tratamiento médico que deseo o que no deseo recibir**

Yo, \_\_\_\_\_, considero que mi vida es valiosa y que merezco que me traten con dignidad. En el caso de que yo esté muy enfermo y no pueda expresarme, quisiera que mis deseos se respeten y se cumplan. Las instrucciones que incluyo en esta sección son para informar a mis familiares, mis médicos, otros proveedores de atención médica, mis amigos y otras personas sobre el tipo de tratamiento que deseo o que no deseo recibir.

Si, en cualquier momento, llego a tener una lesión, enfermedad o trastorno incurable, o estoy en un estado de coma profundo sin probabilidades razonables de recuperación y dos médicos que me han examinado personalmente, uno de los cuales es el médico que me atiende, certifican que estoy en un estado terminal e irreversible y determinan que mi muerte ocurrirá independientemente del uso de procedimientos de soporte vital, los cuales solo tendrían el propósito de prolongar de manera artificial el proceso de mi muerte, deseo que se sigan las siguientes instrucciones.

(Elija *una* de las siguientes opciones):

- Que se eviten o cesen todos los procedimientos de soporte vital, incluidas la nutrición y la hidratación, para que no me administren alimentos y agua de manera invasiva.
- Que se eviten o cesen los procedimientos de soporte vital, excepto la nutrición y la hidratación, para que puedan administrarme alimentos y agua de manera invasiva.

Asimismo, indico que me permitan morir de manera natural únicamente con la administración de medicamentos o con la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para brindarme atención paliativa.

En caso de que yo no pueda dar indicaciones con respecto al uso de tales procedimientos de soporte vital, es mi deseo que mi familia y los médicos cumplan con esta declaración como manifestación final de mi derecho legal de negarme a recibir tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal denegación.

Comprendo todos los alcances de esta declaración y tengo la capacidad mental y emocional para tomar esta decisión.

He preparado y firmado esta declaración el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
ante la presencia de los testigos abajo firmantes, quienes no tienen derecho a parte alguna de mis bienes sucesorios.

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**CONFIRMACIÓN DE LOS TESTIGOS:** Conozco y he conocido personalmente al declarante, y considero que está en su sano juicio. No estoy relacionado con el declarante por consanguinidad ni matrimonio y no tendría derecho a parte alguna de sus bienes sucesorios cuando este muera. Estuve presente de manera física y fui testigo en persona de la declaración antedicha realizada por el declarante.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/ Hora

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO/Nombre del testigo en letra de imprenta/Fecha/Hora