

# ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

*Sección 4701 del Código Testamentario de California*

Usted tiene el derecho de dar instrucciones acerca de su propia atención de salud, además de nombrar a otra persona que se encargue de tomar decisiones en lugar de usted. Con este formulario puede hacer cualquiera de las dos cosas, o ambas. Además, puede expresar lo que desee respecto a la donación de sus órganos y el nombramiento de su médico de cabecera. Si utiliza este formulario, puede modificarlo total o parcialmente. También puede utilizar un formulario distinto.

## INSTRUCCIONES

### PARTE 1 – PODER

En la Parte 1 de este formulario puede nombrar como representante a otra persona para que tome decisiones de atención de salud si usted llegara a quedar sin las facultades para tomar sus propias decisiones, o bien, si desea que otra persona se encargue actualmente de tomar dichas decisiones aunque usted aún disponga de sus facultades. También podrá nombrar a otro representante para que actúe en nombre de usted si la primera persona que elige no está dispuesta para tomar decisiones en nombre de usted, no puede tomarlas o no se encuentra razonablemente disponible.

Su representante no podrá ser ni administrador ni empleado del centro de atención comunitario o centro residencial donde usted recibe atención, ni proveedor supervisor de cuidados de salud de dichos centros, a menos que sea pariente o compañero de trabajo de usted.

A menos que usted indique lo contrario en este formulario, su representante tendrá el derecho de hacer lo siguiente:

1. Autorizar o denegar la autorización de toda atención, tratamiento, servicio o intervención para conservar, diagnosticar o afectar al estado físico o mental de usted.
2. Seleccionar o despedir a proveedores o centros de atención de salud.
3. Aprobar o denegar análisis de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas y regímenes de medicación.
4. Dirigir el suministro, la retención o el retiro de nutrición e hidratación artificial, y de cualquier otra forma de atención de salud, la resucitación cardiopulmonar inclusive.
5. Donar órganos o tejidos, autorizar una biopsia y dirigir la disposición de sus restos.

Sin embargo, su representante no podrá internarlo en un centro de salud mental ni autorizar para usted un tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización o aborto.

En la Parte 2 de este formulario puede dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención de salud independientemente de si nombra o no a un representante. Se le ofrecen opciones para que exprese lo que desee en cuanto al suministro, la retención o el retiro del tratamiento para mantenerlo vivo, además del suministro de analgésicos. También puede agregar instrucciones a las opciones que indique o escribir cualquier cosa que desee. Si acepta que su representante determine lo que más le conviene a usted en cuanto a decisiones respecto a su fallecimiento, no necesita llenar la Parte 2 de este formulario.

Déles una copia del formulario firmado y debidamente llenado a su médico y a cualquier otro proveedor de atención de salud que tenga, a todo centro de salud donde esté recibiendo atención, y a todo representante de atención de salud a quien haya nombrado. Deberá hablar con la persona a quien haya nombrado representante para asegurarse de que él o ella entiendan lo que usted desea, y esté dispuesto a asumir la responsabilidad.

***En cualquier momento, usted tiene el derecho de revocar estas instrucciones anticipadas de atención de salud o reemplazar este formulario.***

## PARTE 1 – PODER PARA ATENCIÓN DE SALUD

### **AUTORIDAD DE DESCARGO DE LA LEY HIPAA**

Deseo que a mi representante se le trate como mi representante personal, o como se me trataría a mí, en cuanto a mis derechos de utilización y revelación relacionados con la información individualmente identificable de mi salud o demás historiales clínicos, incluso si se determina que no carezco de mis facultades. La presente autoridad de descargo se aplica a toda información regida por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (conocida en inglés con el nombre de Health Insurance Portability and Accountability – HIPAA). Autorizo:

- (a) A todo médico, profesional de la salud, dentista, plan de seguro médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención de salud amparado, compañía de seguros y a Medical Information Bureau Inc. o demás centros de intercambio de información sobre atención de salud que me hayan provisto tratamiento o servicios, que hayan pagado dichos servicios en mi nombre o me estén cobrando dichos servicios,
- (b) Darle, revelar y entregarle a mi representante, sin consideración,
- (c) Toda información individualmente identificable sobre mi salud e historial clínico respecto a toda afección médica o mental anterior, actual o futura, incluso toda información sobre el diagnóstico y tratamiento de VIH o SIDA, enfermedades transmitidas por contacto sexual o mentales, y abuso de drogas o alcohol.

La autoridad que se le concede a mi representante reemplaza todo acuerdo anterior que yo haya hecho anteriormente con mis proveedores de atención de salud para restringir, obtener o revelar la información individualmente identificable sobre mi salud. La autoridad que se le concede a mi representante no tiene fecha de vencimiento y caducará únicamente en caso de que yo revoque por escrito dicha autoridad y le entregue dicha revocación a mi proveedor de atención de salud.

### **NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE:**

Nombro a la siguiente persona como representante mío para que tome decisiones sobre atención de salud en mi nombre.

Nombre de la persona a quien escoge como representante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. telefónico: \_\_\_\_\_  
*Casa* *Trabajo* *Celular o buscapersonas*

**OPCIONAL:** Si revoco la autoridad de mi representante o si éste no está dispuesto a tomar decisiones de atención de salud en mi nombre, no puede tomarlas o no se encuentra razonablemente disponible, nombro como primer representante alterno a:

Nombre de la persona a quien escoge como representante alterno: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. telefónico: \_\_\_\_\_  
*Casa* *Trabajo* *Celular o buscapersonas*

**OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi representante y del primer alterno, o si ninguno de ellos está dispuesto a tomar decisiones de atención de salud en mi nombre, no puede tomarlas o no se encuentra razonablemente disponible, nombro como segundo representante alterno a:**

Nombre de la persona a quien escoge como segundo representante alterno: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. telefónico: \_\_\_\_\_  
*Casa* *Trabajo* *Celular o buscapersonas*

***AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE***

Mi representante dispone de la autorización para tomar toda decisión de atención de salud en mi nombre, incluso decisiones para proveer, retener o retirar nutrición e hidratación artificial, y cualquier otra forma de atención de salud para mantenerme vivo, salvo lo que declaro a continuación.

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

(Si es necesario, agregue más hojas.)

***FECHA EN QUE ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE:***

La autoridad de mi representante entrará en vigor cuando mi médico de cabecera determine que no puedo tomar mis propias decisiones en cuanto a mi atención de salud. \_\_\_\_\_  
*Iniciales*

***O BIEN***

La autoridad de mi representante para tomar decisiones en cuanto a mi atención de salud entrará en vigor inmediatamente. \_\_\_\_\_  
*Iniciales*

***OBLIGACIÓN DEL REPRESENTANTE:***

Mi representante tomará decisiones en mi nombre en cuanto a mi atención de salud, conforme a este poder para atención de salud, a toda instrucción que yo dé en las partes 1 y 2 de este formulario, y a mis demás deseos en la medida que los sepa mi representante. En la medida que se ignoren mis deseos, mi representante tomará decisiones de atención de salud en mi nombre conforme a lo que él o ella determine lo que más me convenga. Al determinar lo que más me conviene, mi representante considerará mi sistema de valores personales en la medida que él o ella lo sepa.





## PATE 3 – DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS EL FALLECIMIENTO (OPCIONAL)

### I. Tras fallecer:

Donaré todo órgano, tejido o parte necesaria \_\_\_\_\_  
Iniciales

### ***O BIEN***

Donaré únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Iniciales

### II. Si desea donar órganos, tejidos o partes, debe llenar las secciones II y III.

Mi donación es para los siguientes propósitos:

Transplante \_\_\_\_\_  
Iniciales

Investigación \_\_\_\_\_  
Iniciales

Terapia \_\_\_\_\_  
Iniciales

Educación \_\_\_\_\_  
Iniciales

III. Entiendo que los bancos de tejidos trabajan con compañías de tratamiento y distribución de tejidos con y sin fines de lucro. Es posible que la piel donada se utilice para cirugía cosmética o reconstructiva. Es posible que los tejidos donados se utilicen para trasplantes que se realicen fuera de Estados Unidos..

1. Mi piel donada se podrá utilizar para cirugía cosmética.

Sí \_\_\_\_\_  
Iniciales

No \_\_\_\_\_  
Iniciales

2. Mis tejidos donados se podrán utilizar para aplicaciones fuera de estados Unidos.

Sí \_\_\_\_\_  
Iniciales

No \_\_\_\_\_  
Iniciales

3. Las compañías de tratamiento y distribución de tejidos con fines de lucro podrán utilizar mis tejidos donados.

Sí \_\_\_\_\_  
Iniciales

No \_\_\_\_\_  
Iniciales

## PARTE 4 – MÉDICO DE CABECERA (OPCIONAL)

*Nombro médico de cabecera al siguiente médico:*

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ No. telefónico \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **OPTIONAL:**

Si el médico al cual he nombrado no está dispuesto a actuar como médico de cabecera mío, no puede o no se encuentra razonablemente disponible, nombro médico de cabecera al siguiente médico:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ No. telefónico \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PARTE 5 – FIRMA

El formulario deberá ser firmado por dos testigos cualificados o reconocido ante un notario.

**FIRMA:** *Firme y fecha a continuación el formulario:*

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Firma) (Nombre en letra de molde)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:**

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (1) que conozco a la persona que firmó o reconoció las presentes instrucciones avanzadas de atención de salud, o que dicha persona me comprobó con pruebas satisfactorias su identidad, (2) que la persona firmó o reconoció ante mí las presentes instrucciones anticipadas, (3) que la persona parece disponer de todas sus facultades y no ha sido sometida a coacción, fraude o influencia indebida, (4) que no he sido nombrado representante en las presentes instrucciones anticipadas, y (5) que no soy proveedor de atención de salud de la persona, empleado del proveedor de atención de salud de dicha persona, administrador de un centro de atención comunitario, empleado del administrador de un centro de atención comunitario, administrador de un centro de atención residencial para personas mayores, ni empleado del administrador de un centro de atención residencial para personas mayores.

### **PRIMER TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **SEGUNDO TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Telefónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## PARTE 6 – REQUISITO DE TESTIGO ESPECIAL

Si usted es paciente de un centro de enfermería especializada, el defensor o mediador de los pacientes deberá firmar la siguiente declaración:

### DECLARACIÓN DEL MEDIADOR O DEFENSOR DE PACIENTES

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes, de California que soy defensor o mediador de pacientes tal como lo estipula el Departamento Estatal de Envejecimiento, y que sirvo de testigo tal como lo exige la Sección 4675 del Código Testamentario.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
*(Firma)* *(Nombre en letra de molde)*

Domicilio: \_\_\_\_\_

---

## **DE SU DERECHO DE TOMAR DECISIONES SOBRE TRATAMIENTOS MÉDICOS**

**Mediante la presente información se le explica su derecho de tomar decisiones relacionadas con su atención de salud, y la forma en que hoy día puede concertar planes para su atención de salud en caso de que en el futuro le sea imposible hablar.**

**Una ley federal nos exige proveerle dicha información, y esperamos que con ella usted tenga mayor control de su tratamiento médico.**

### **¿Quién toma las decisiones respecto a mi tratamiento?**

Sus médicos le proveerán información y consejos respecto a su tratamiento. Usted tiene el derecho de escoger: puede aceptar los tratamientos que desee, y rechazar los que no desee, incluso si el tratamiento pudiese mantenerlo vivo más tiempo.

### **¿Cómo sé lo que deseo?**

Su médico deberá hablarle de su afección, de los diversos tratamientos y de lo que las opciones de control del dolor pueden hacer por usted. Muchos tratamientos causan efectos secundarios, y su médico deberá ofrecerle información sobre los posibles problemas que el tratamiento médico podría causarle.

Muchas veces, es posible que más de un tratamiento le ayude –y la gente tiene distintas ideas de lo que más conviene. Su médico puede indicarle los tratamientos que se le pueden ofrecer, pero no puede escoger por usted. La decisión la tiene que tomar usted, y depende de lo que le importa a usted.

### **¿Pueden otras personas ayudarme a tomar mi decisión?**

Sí. Muchas veces los pacientes acuden a sus parientes y buenos amigos para que les ayuden a tomar decisiones respecto a asuntos médicos. Dichas personas pueden ayudarle a pensar en las opciones que usted afronta. Puede pedirles a los médicos y enfermeras que hablen con sus parientes y amistades, ya que ellos pueden, en nombre de usted, hacerle preguntas a los médicos y las enfermeras.

### **¿Puedo escoger a un pariente o amigo para que tome decisiones de carácter médico por mí?**

Sí, puede decirle a su médico que usted desea que otra persona se encargue de tomar decisiones de carácter médico por usted. Pídale a su médico que registre en su historial médico a esa persona como su “sustituto” en asuntos de atención de salud. El control que el sustituto ejercerá en las decisiones de carácter médico entrará en vigor únicamente mientras usted reciba tratamiento por su enfermedad o lesión actual, o bien, si usted se encuentra en un centro médico, hasta que le den de alta en dicho centro.

### **¿Qué sucede si me encuentro demasiado enfermo como para tomar decisiones en cuanto a mi propia atención médica?**

Si no ha nombrado a un sustituto, su médico le pedirá al pariente o amigo más cercano de usted, que se encuentre disponible, que ayude a decidir lo más le conviene a usted. La mayor parte del tiempo ese proceder funciona, pero a veces no todas las partes coinciden en lo que se debe hacer. Por eso es útil decir con anticipación lo que usted desea que ocurra si no puede hablar por sí mismo.

## **¿Tengo que esperar hasta que esté enfermo para expresar lo que deseo respecto a mi atención de salud?**

No. De hecho, es mejor tomar decisiones antes de enfermarse demasiado o tener que internarse en el hospital, en un asilo de ancianos o en otro centro de atención de salud. Puede utilizar Instrucciones Anticipadas de Atención de Salud para indicar la persona que desea que hable por usted y los tipos de tratamientos que desea. Se denominan “instrucciones” porque mediante ellas usted indica quien hablará en nombre de usted y lo que se deberá hacer. Se califican de “anticipadas” las instrucciones porque se preparan antes de que sea necesario tomar decisiones respecto a la atención de su salud.

En California, la parte de las instrucciones anticipadas que usted puede utilizar para nombrar a un representante para que tome decisiones de carácter médico se denomina **Poder para Atención de Salud**. La parte en la cual puede indicar lo que desea que se haga se denomina **Instrucciones de Atención de Salud Personales**.

## **¿Quién puede preparar instrucciones anticipadas?**

Usted, si tiene dieciocho años de edad o más y es capaz de tomar sus propias decisiones de carácter médico. No necesita a un abogado.

## **¿A quién puedo nombrar como representante?**

Puede escoger a un pariente adulto, o a cualquier otra persona, en quien confíe en que puede hablar por usted cuando sea necesario tomar decisiones de carácter médico.

## **¿Cuándo comienza mi representante a tomar decisiones de carácter médico por mí?**

Normalmente, el representante para asuntos de atención de salud tomará decisiones únicamente después de que usted pierda sus facultades para tomarlas usted mismo. Pero si desea, puede indicar en su **Poder para Atención de Salud** que desea que su representante empiece de inmediato a tomar dichas decisiones.

## **¿Cómo sabrá mi representante lo que yo desee?**

Después de escoger a su representante, hable con esa persona respecto a sus deseos. A veces resulta difícil tomar decisiones respecto a los tratamientos, y es sumamente útil que su representante sepa lo que usted desea. También puede indicar sus deseos en sus instrucciones anticipadas.

## **¿Qué sucede si no deseo nombrar a un representante?**

Aún podrá plasmar por escrito lo que desee en sus instrucciones anticipadas, sin nombrar a un representante. Puede decir que desea que le prolonguen la vida el mayor tiempo posible, o que no desearía recibir tratamiento para seguir viviendo. Además, puede indicar sus deseos en lo que respecta a la administración de analgésicos o a cualquier otro tipo de medicamento.

Incluso si no ha preparado por escrito sus **Instrucciones de Atención de Salud Personales**, puede indicarle a su médico lo que desea, y pedirle que apunte sus instrucciones en su historial clínico; o bien, puede comunicarles sus deseos a sus familiares o amistades, pero es probable que para ellos sea más fácil cumplir con sus deseos si se los comunica por escrito.

### **¿Qué sucede si cambio de parecer?**

Puede modificar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento, con tal que pueda comunicar sus deseos. Para cambiar a la persona que usted desea que tome decisiones en cuanto a la atención de su salud, deberá firmar una declaración o decirle al médico que lo atiende.

### **¿Qué sucede cuando alguien toma decisiones respecto a mi tratamiento?**

Se aplican las mismas reglas a toda persona que tome decisiones en nombre de usted: un representante para asuntos de atención de salud, un sustituto cuyo nombre le haya dado a su médico, o una persona nombrada por un tribunal para que tome decisiones por usted. Todos tienen la obligación de cumplir con sus **Instrucciones de Atención de Salud**, o si no ha dado ninguna, con sus deseos en general en cuanto a tratamiento, incluso su suspensión. Si se ignora lo que usted desea en cuanto a tratamiento, el sustituto deberá tratar de determinar lo que más le convenga.

Las personas que le ofrezcan atención de salud deberán acatar las decisiones de su representante o sustituto, a menos que el tratamiento que se solicite constituya una mala práctica médica o no le ayude. Si dicha situación causa algún desacuerdo que no se pueda resolver, el proveedor deberá hacer un esfuerzo razonable por buscar a otro proveedor de atención de salud que se encargue de su tratamiento.

### **¿Me darán tratamiento incluso si no preparo instrucciones anticipadas?**

¡Por supuesto! Igualmente le darán tratamiento médico. Sólo deseamos saber si habrá una persona que se encargue de tomar decisiones por usted, en caso de que se encuentre demasíadamente enfermo como para tomar decisiones.

Recuerde que:

- Con un **Poder para Atención de Salud** puede nombrar a un representante que tome decisiones por usted. Él o ella podrá tomar la mayoría de las decisiones, no sólo las que tengan que ver con tratamientos para mantenerlo vivo cuando no pueda hablar por sí mismo. También puede permitirle a su representante tomar decisiones antes si así lo desea.
- Puede plasmar por escrito sus deseos para preparar sus **Instrucciones de Atención de Salud Personales**, o bien, hablar con su médico y pedirle que apunte lo que usted desea en su historial clínico. Si sabe en qué casos desearía o no recibir tratamiento, las instrucciones ofrecen un medio para comunicarle claramente sus deseos a su médico, y a cualquier otra persona que participe en la decisión sobre el tratamiento que se le habrá de ofrecer.

Las dos Instrucciones Anticipadas de Atención de Salud antes mencionadas se podrán utilizar juntas o por separado.

### **¿Cómo puedo obtener información adicional para preparar instrucciones anticipadas?**

Pídale a su médico, enfermera, trabajador social o proveedor de atención de salud que le consiga más información. Puede pedirle a un abogado que le redacte sus instrucciones anticipadas, o bien, usted mismo puede prepararlas llenando los espacios en blanco de un formulario.

Para poner en práctica la Ley Pública 101-158, el Consorcio de California sobre la Autodeterminación del Paciente preparó esta información en 1991, la cual fue modificada en el año 2000 por el Departamento de Servicios de Salubridad de California para que refleje los cambios de las leyes estatales.