

Instrucciones Anticipadas para la Atención Médica

Nombre: _____ Fecha: _____

Numero CDCR : _____ Fecha de Nacimiento __/__/____ Institución:

¿Que es la Instrucción Anticipada para su Atención Médica?

La *Instrucción Anticipada* es un término general que incluye los siguientes documentos:

1. Un “Poder Legal Indefinido para la Atención Medica” le permite escoger a una persona para que haga decisiones médicas por usted cuando usted no las pueda hacer por si mismo. Esta persona se denomina “Agente” o “Representante”.
2. Un “Testamento Vital” – le permite definir sus metas y deseos en relación al cuidado sanitario que usted desea. También llamado “Forma de Instrucciones para la Atención Médica.”

(Leer Información Presidaria/Instrucciones de la Forma CDCR 7421-Instruccion Anticipada para la Atención Médica)

¿Cuáles son las partes de esta forma?

Parte 1: Selección de alguien que hable por usted. ¿Quién desea que hable por usted si usted no pudiese hablar por si mismo? Usted puede escoger hasta tres personas, o si lo desea no escoger a nadie en estos momentos.

Parte 2: ¿Qué tipo de atención médica desearia usted si estuviese enfermo y no pudiese informar sus deseos a sus enfermero(a)/(s) o doctor(es)? Estos hechos se denominan decisiones del “Final de Vida”. Si usted sufriese de una condición muy seria que pudiese causarle la muerte –¿ Desearia usted que sus enfermero(a)/(s) y doctor(es) hiciesen todo lo possible para prolongarle la vida o usted solo desearia tratamientos para mantenerle mas comfortable?

Parte 3: También le permite a usted escoger si desea usted o no, donar órganos u otros tejidos despues de su muerte.

Parte 4: Antes de firmar esta “Instrucción Anticipada” personal médico debe de documentar que usted ha sido informado y comprende esta forma. La firma y fecha de esta forma debe de hacerse en presencia de dos testigos que a su vez deben de constatar que la forma fue completada de acuerdo con sus deseos y que usted la firmo de su libre voluntad.

¿Qué debo de hacer después de completar esta forma? Una copia será archivada en su record médico. Haga una copia para usted y de una copia de la Directiva Avanzada a cada uno de los agentes escogidos por usted. Debe de comunicarse con su(s) agente(s) para asegurarse de que el o ella comprenden sus deseos y que desean tomar esta responsabilidad.

¿Por cuanto tiempo es esta forma valida? No tiene fecha de expiración pero usted la puede terminar o cambiar siempre que lo desee. Una copia de esta forma es tan buena como el original. (Si la desea cambiar/terminar hable con su medico).

PART 1: Poder Legal Indefinido para la Atención Médica

Opcional: Nombramiento del Primer Agente: Nombro a la siguiente persona; como la persona indicada para tomar decisiones de carácter sanitario por mí en caso de que yo no pueda tomarlas por mí mismo(a). Esta persona es denominada mí agente.

Comprendo que esta nombramiento puede ser terminado por mí en cualquier momento con una orden verbal o escrita.

(Nombre de la persona escogida como agente)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código/Area)

(Casa y/o Teléfono Celular)

(Numero del trabajo o numero de telefono de alguien que siempre pueda contactar al agente)

Opcional: Nombramiento del Primer Agente Alternativo: Si la persona nombrada arriba no puede, no es capaz o no se encuentra disponible para tomar decisiones de tipo sanitario por mi, yo anulo su autoridad y nombro a la siguiente persona para actuar como mi agente.

Comprendo que esta nominacion puede ser terminada por mi en cualquier momento con una orden verbal o escrita.

(Nombre de la persona escogida como agente alternativo)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código/Area)

(Casa y/o Teléfono Celular)

(Numero del trabajo o numero de telefono de alguien que siempre pueda contactar al agente)

Opcional: Nombramiento del Segundo Agente Alternativo: Si las dos personas nombradas arriba no pueden, no son capaces o no se encuentran disponibles para tomar decisiones de tipo sanitario por mi, yo anulo su autoridad y nombro a la siguiente persona para actuar como mi agente.

Comprendo que esta nominacion puede ser terminada por mi en cualquier momento con una orden verbal o escrita.

(Nombre de la persona escogida como segundo agente alternativo)

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código/Area)

(Casa y/o Teléfono Celular) (Número del trabajo o número de teléfono de alguien que siempre pueda contactar al agente)

Autoridad del Agente: La persona nombrada para tomar decisiones sanitarias por mí (mi agente) esta autorizado para hacer decisiones de caracter sanitario de todo tipo, incluyendo decisiones para proveer, cancelar temporal o definitivamente nutrición artificial o hidratación. Así como cualquier otra forma de cuidado médico dirigido a mantenerme con vida, excepto como a continuación hago notar:

¿Cuándo se hace efectiva la autoridad de mi agente? La autoridad de mi agente será efectiva en el momento que mi doctor determine que yo no sea capaz de tomar mis propias decisiones de carácter médico.

Si marco esta caja Indico así mi deseo de que la autoridad de mi agente sea inmediata *

(* Por favor ver la Forma CDCR 7421- Hoja de Información al Preso/Instrucciones del Paciente para mas detalles).

¿A que esta obligado(a) mi agente? Mi agente tomará decisiones sanitarias por mí de acuerdo con este poder duradero para la atención médica, cualquier instrucción o deseos que escriba en esta forma y cualquier otro deseo conocido por mi agente. Si mis deseos no fueran conocidos; mi agente tomara decisiones sanitarias por mi de acuerdo con lo que mi agente determine ser en mi mejor interés.

¿Que autoridad tendra mi agente despues de mi muerte?: Mi agente está autorizado a hacer donaciones anatómicas, autorizar la autopsia, y dirigir la disposición de mis restos, a excepción de _____

(De ser necesario añadir hojas adicionales)

PART 2: Instrucciones para la Atención Médica-(Opcional-pero recomendable)

Si completa esta parte, puede eliminar cualquier palabra que desee.

Decisiones al Final de Vida : Si estoy sufriendo de una condición terminal de la cual mi muerte se espera ocurra en cuestion de meses, o si estoy sufriendo de una condicion irreversible que me pueda dejar incapaz de tomar decisiones y tratamientos de auxilio y soporte de vida son necesarios para mantenerme vivo(a) entonces yo escojo la declaracion siguiente: (Poner iniciales en A o B de estar de acuerdo)

_____ A. Si me encuentro cercano a la muerte como arriba descrito. Pido que todos los tratamientos sean descontinuados excepto aquellos tratamientos destinados a hacerme confortable y que mi doctor me permita fallecer con el mayor confort y dignidad posible.

_____ B. Si me encuentro cercano a la muerte como arriba descrito. Pido que mi vida sea mantenida el mayor tiempo posible dentro de los limites generalmente aceptados por los estandares medicos.

_____ Otros deseos: (Si no esta de acuerdo con ninguna de dos opciones anteriores y desea escribir su propia opcion, o si desea anadir a las instrucciones arriba dadas, usted puede hacer esto aquí). Asi hago notar que:

(De ser necesario añadir hojas adicionales)

Alivio del Dolor: En todo caso excepto como hago notar abajo, deseo que todo tratamiento dirigido al alivio de mi dolor y molestias sea dado siempre, aunque incluso este pudiese apresurar mi muerte:_____

(De ser necesario añadir hojas adicionales)

Instrucciones específicas de atención médica: (ejemplos: aceptaría transfusions de sangre, nutrición a traves de un tubo en su estómago, diálisis renal, respiración mecánica):

PART 3: Donación de órganos al Fallecer-(Opcional)

Al fallecer (si desea donar algún órgano marcar la caja apropiada de acuerdo a sus deseos):

- (a) Dono **cualquier** órgano necesitado, tejido(s), o parte(s), O
- (b) Dono los **siguientes órganos, tejidos, o partes solamente**. (enumere los organos, tejidos o partes que usted desee donar).

Mi donación es por el siguiente proposito (marque el proposito(s) que **no** desee):

- | | |
|-----------------|-------------------|
| (1) Transplante | (3) Investigación |
| (2) Terapia | (4) Educación |

PARTE 4: Verificación de Comprensión, Firmas, Testigos

Verification of Effective Communication

(To be completed by medical staff)

I have met with this inmate-patient and communicated the purpose of this Advance Directive and discussed the decisions he/she is making regarding their future health care and he/she:

- Has no identified effective communication assistance need and appears to understand
- Has the following effective communication need: _____
(i.e. Developmental or Learning Disability, Physical Disability impacting communication-hearing, vision, speech)
- This need was met by: providing preferred method of communication in explaining this form.
- speaking slowly, using simple to language, and having the patient explain in own words his or her understanding of this form
- other accommodation-specify: Translation Services _____

Staff Printed Name

Staff Signature

Date

Firma del paciente-presos: Firma y Fecha:		
(Nombre en Letra Molde)	(Institución)	
(Ciudad)	(Estado)	(Domicilio Presente)
(Firma)	(Fecha)	

Declaración del Testigo

“Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta directiva avanzada de atención médica, o que comprobé con evidencia convincente la identidad de esta persona, (2) que esta persona firmó o reconoció esta directiva anticipada en mi presencia, (3) que esta persona aparenta estar en buenas condiciones mentales y no bajo presión, fraude o influencia indebida, (4) que yo no he sido nombrado(a) agente en esta directiva anticipada, (5) y que yo no soy el médico, empleado(a) del médico, encargado(a) de un hogar de cuidados comunitarios y no soy empleado(a) o encargado(a) de un asilo de ancianos.”

- Un testigo podría ser un miembro de la familia si estuviese disponible, pero al menos un testigo debe de ser alguien que no este relacionado con el paciente.
- Personal del Departamento de Prisiones, otros empleados del Departamento de Correcciones y de Rehabilitación de California o personal médico no directamente envueltos con el cuidado de este(a) paciente podrían actuar como testigos de la firma del paciente.
- Como arriba mencionado, su agente no puede ser un testigo.

Firma 1 Testigo: (Personal o familiar)	Nombre Completo:
Título:	Fecha:

"Aun mas declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California que no estoy relacionado con el individuo ejecutando esta directiva anticipada de atención medica por consanguinidad, matrimonio, o adopción, y que, a mi mayor conocimiento, no me pertenece ninguna parte del patrimonio/herencia al fallecer de esta persona en ningún testamento existente o bajo ningún proceso de ley.”

Firma 2 Testigo: (Personal o clérigo)	Nombre Completo:
Título:	Fecha:

Notario - No hay necesidad de Notario si dos testigos han firmado el documento

En circunstancias inusuales, como en el caso de que no se tengan dos testigos disponibles, un notario podría ser utilizado para verificar la firma del paciente en este documento.

Notario Público - Estado de California

Condado de _____

En _____ ante mí, _____
(Nombre del notario público)

personalmente apareció _____,
(Nombre del principal)

personalmente conocido(a) por mí (o comprobado por mí en base a evidencia satisfactoria) o ser la persona cuyo nombre se suscribe en este documento y reconozco que el/ella ejecuto el mismo con capacidad autorizada y que su firma se realizo en el documento perteneciente a la persona que desea actúe en su nombre, y que así mismo ejecuto este documento.

TESTIGO my firma y sello notarial.

SELLO NOTARIAL _____
(Firma del Notario)

Declaración del Delegado del Paciente o Defensor del Pueblo

Si el paciente-presos en la actualidad reside en una Institución de Cuidados Especializados de Enfermería la declaración siguiente debe de ser completada por el delegado del paciente o el defensor del pueblo. (No se encuentra en vigor en la OHU, CTC o GACH).

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes de California que soy el delegado del paciente o defensor del pueblo como se designa por el Departamento de Estado de la 3ª Edad y que estoy actuando como testigo como es requerido por la sección número 4675 del Código del Tribunal Testamentario.

(Fecha) (Firma)

(Dirección) (Nombre en Letra de Molde)