Un regalo para su familia

Planificación por adelantado para las necesidades de salud en el futuro

Sexta edición

Un regalo para su familia

Reconocimientos

El Comité de Comunicaciones de la Asociación de Abogados de Wisconsin (State Bar of Wisconsin's Communications Committee) creó una asociación con abogados hispanos de Wisconsin para que este recurso popular esté disponible para nuestra comunidad cada vez mayor de habla hispana.

En el año 2000, la Asociación Estatal de Abogados en colaboración con los representantes de la comunidad de atención médica de Wisconsin produjeron su primera edición de *Un regalo para su familia.* Desde entonces, se han distribuido más de 250,000 copias de esta publicación a las familias de Wisconsin, ayudándolas a que comuniquen decisiones importantes sobre la atención médica en el futuro.

La Asociación Estatal de Abogados extiende un sincero agradecimiento a Bernard Hammes y Linda Briggs en Gundersen Lutheran Medical Center por su guía y apoyo para la campaña educativa pública denominada planificación de la vida 2000 (2000 Life Planning campaign), presidida por el abogado James Jaeger de Madison. También, la Asociación Estatal de Abogados extiende el agradecimiento a la Sociedad Estatal Médica de Wisconsin por su liderazgo en la colaboración para incrementar la comunicación entre médicos y sus pacientes sobre el valor de la donación de órganos y tejidos.

La primera guía fue patrocinada en parte por la Asociación de Abogados de Wisconsin (State Bar of Wisconsin), la Sociedad Estatal Médica de Wisconsin (State Medical Society of Wisconsin) y la Asociación de Salud y Hospital de Wisconsin (Wisconsin Health and Hospital Association). Un agradecimiento especial para Wisconsin Lawyers Mutual Insurance Company, Wyeth/Ayerst Laboratories y la Fundación Nacional Renal de Wisconsin (National Kidney Foundation of Wisconsin) por su generoso apoyo financiero.

Algunas partes de esta guía incluyen material reproducido con permiso de la Coalición de Grupos de Edad Avanzada de Wisconsin (Coalition of Wisconsin Aging Groups), Meriter Hospital, la Red de donantes de Wisconsin (Wisconsin Donor Network) y el Programa para la Adquisición de Órganos de la Universidad de Wisconsin (UW Organ Procurement Program).

Equipo editor 2000

Benjamin M. Adams, Abogado
Adams & Woodrow S.C., Neenah

Dr. William J. Hisgen, M.D.
Sociedad Estatal Médica de Wisconsin
(State Medical Society of Wisconsin)

Lynn R. Sherman, M.A.
Sociedad Estatal Médica de Wisconsin
(State Medical Society of Wisconsin)

Equipo editor de la traducción al español

Kira Zaporski, Abogada
Comité de Comunicaciones de la Asociación Estatal de Abogados (State Bar Communications Committee)
Marquette University Law Library, Milwaukee

Correctores:
Micabil Diaz Martinez, Abogado
Miembro de la Asociación de Abogados Hispanos de Wisconsin (Wisconsin Hispanic Lawyers Association)
Departamento del Desarrollo Laboral de Wisconsin (Wisconsin Department of Workforce Development), Madison

Francisco Araiza, Abogado
Miembro de la Asociación de Abogados Hispanos de Wisconsin (Wisconsin Hispanic Lawyers Association)
Defensores Estatales Públicos, Oficina de juicio penal (State Public Defenders – Criminal Trial Office), Milwaukee

La Asociación de Abogados de Wisconsin, la Sociedad Estatal Médica de Wisconsin y la Asociación de Salud y Hospitales de Wisconsin (The State Bar of Wisconsin, the State Medical Society of Wisconsin and the Wisconsin Health and Hospital Association), con apoyo del Centro Médico Luterano Gundersen (Gundersen Lutheran Medical Center), se han unido en una campaña de servicio público en todo el estado, denominada Planificación de vida: Planificación por adelantado para las futuras necesidades de salud. Por medio de nuestra asociación hemos creado esta guía para el consumidor con la finalidad de ayudarle a planificar su atención médica futura.

Con demasiada frecuencia, las familias se encuentran en la posición desafortunada de tener que tomar decisiones sobre la atención médica de sus seres queridos. Si no ha hablado con su familia sobre estos deseos, su decisión se dificulta mucho más.

Queremos compartir este mensaje valioso:
La planificación adelantada de la toma de decisiones para la atención médica en el futuro es realmente *Un regalo para su familia*.

Esperamos alentarlo a que otorgue un Poder notarial para la atención médica o una Declaración a los médicos (Testamento en vida) en un momento que no sea de crisis, y lo invitamos a que considere la donación de órganos y tejidos cuando esté hablando con su familia sobre los asuntos de atención médica.

Un regalo para su familia incluye los formularios estatales de Wisconsin para ayudarle a poner sus deseos por escrito, una vez que haya hablado con su familia. Su abogado, médico y otros profesionales de la atención médica pueden responder a las preguntas que tenga y ayudarle a completar los formularios necesarios.

Introducción

¿Quién tomará sus decisiones médicas cuando usted no pueda hacerlo?

Como un adulto competente, tiene el derecho a controlar sus decisiones sobre su atención médica futura, incluso el derecho a aceptar o rehusar tratamiento y el derecho a ser un donante de órganos y tejidos.

El tomar las decisiones sobre la atención médica futura y compartir sus deseos con sus seres queridos es realmente *Un regalo para su familia*. El hablar sobre sus preferencias en cuanto a tratamientos, permitirá que su familia no tenga que pasar por la situación difícil de tomar decisiones por usted sin saber sus deseos. Hará que un momento difícil sea más manejable. Su familia se sentirá tranquila al saber que están respetando sus deseos.

Un regalo para su familia le ayuda a comenzar el proceso. Esta guía le ayuda a contestar a las preguntas sobre la planificación de atención médica anticipada y le alienta a hablar sobre estos asuntos con su familia.

El momento de planear por adelantado es ahora.

Nota importante: Esta guía del consumidor fue preparada según la ley existente en marzo de 2005. Se emite con el fin de informar, no para asesorar. No tiene como objetivo que sea una substitución para el asesoramiento legal, médico u otro asesoramiento profesional. Consulte con un experto capacitado sobre la interpretación y aplicación de la ley vigente.

La planificación por adelantado para las necesidades de salud futuras es, realmente, *Un regalo para su familia.*

Descripción del contenido

Directivas anticipadas

- Definición 4
- Poder notarial para la atención médica 4
- Declaración para los médicos (Testamento en vida) 5
- Primeros pasos 5
- Órdenes de resucitación pulmonar y de NO revivir 6
- Preguntas que se hacen con frecuencia 8

Representante legal para la atención médica

- Definición 9
- Funciones y responsabilidades 10
- Puntos de discusión 11

Donación de órganos y tejidos

- Descripción 12
- Preguntas que se hacen con frecuencia 13

Documento de Poder notarial para la atención médica 14

Anejo del Poder notarial para la atención médica 22

Documento de la Declaración para los médicos (Testamento en vida) 23

Lista de recursos ..... Dentro de la contraportada

Tarjetas de bolsillo ..... Dentro de la contraportada

Copyright © 2005. State Bar of Wisconsin – Todos los derechos reservados.

Directivas anticipadas

"Después de que mi madre tuvo un segundo derrame cerebral, su cuerpo comenzó a dejar de funcionar.

El equipo médico la mantenía en vida con tubos para la alimentación en un estado de inconsciencia. El Poder notarial para atención médica de ella indicaba que ella no quería tubos para la alimentación, pero yo sabía que se moriría sin ellos.

Después de mucha reflexión, respeté sus deseos y ella falleció. Hubiera sido mucho más difícil si nunca hubiéramos hablado de ello. Sin embargo, yo sabía que estaba haciendo lo que ella quería si ella hubiera podido comunicarlo".

¿Qué son las directivas anticipadas?

Una directiva anticipada es una instrucción escrita que usted prepara mientras se encuentra mentalmente competente, que indica cómo usted quiere que se tomen las decisiones de su atención médica en el caso de que no esté capacitado o no pueda expresar sus deseos. Las directivas anticipadas orientan a su médico y a otros profesionales de atención médica, y evitan que su familia tenga la carga de adivinar qué tipos de atención médica y tratamiento usted desearía recibir.

Los estatutos de Wisconsin reconocen dos formas de directivas anticipadas: el **Poder notarial para la atención médica** y la **Declaración a los médicos** (Testamento en vida).

Poder notarial para la atención médica

Esto asigna a un representante legal para que él o ella tome las decisiones de atención médica por usted, en colaboración con su médico personal, si usted pierde su capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo. También puede completar un anejo de Poder notarial para la atención médica, el cual incluye una descripción de sus preferencias y deseos de tratamiento, con la finalidad de guiar a su representante legal. Su representante legal puede decirle al médico u hospital exactamente qué atención médica usted desearía recibir en todos los tipos de decisiones de la salud, no sólo aquellos que están relacionados con el tratamiento del sostén de vida. En la mayoría de los casos, se puede evitar una orden de tutela supervisada por el tribunal y un procedimiento de colocación protectora si se ha completado con exactitud el Poder notarial para la atención médica.

Estado terminal:

Esto es un estado incurable, causado por lesión o enfermedad que causará la muerte en el futuro cercano, por lo tanto los procedimientos de sostén de vida sólo prolongan el proceso de muerte.

Estado vegetativo persistente:

Esto es un estado incurable en el cual una persona pierde la capacidad de pensar, hablar y moverse con un propósito, pero la palpitación y respiración continúan. Se presentan períodos de sueño y estado de vigilia.

Declaración para los médicos (Testamento en vida)

Esta declaración describe el tipo de atención médica de sostén de vida que usted desearía **únicamente si** se encontrara en un **estado terminal** o en un estado vegetativo persistente. La declaración orienta a su médico a que se niegue o descontinúe el tratamiento para el sostén de vida o la colocación de un tubo para la alimentación si se le presentase una enfermedad o lesión que no puede ser curada y la muerte es inminente. Una **Declaración para los médicos** no da autoridad a ninguna persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre. Por lo tanto, si tuviera que internarse más adelante en un centro de convalecencia, se requerirá una orden de tutela supervisada por el tribunal y un procedimiento de colocación protectora. Esto puede ser un proceso costoso.

¿Por dónde empiezo?

Tanto para la **Declaración para los médicos** como para el **Poder notarial para la atención médica**, puede usar los formularios estándar creados por ley. Los formularios y las instrucciones están disponibles en esta guía, en los tribunales, hospitales, centros de convalecencia y por medio del Departamento de Salud y Servicios para la Familia del Estado de Wisconsin (Wisconsin Department of Health and Family Services). Debe leer las instrucciones cuidadosamente antes de completar cualquiera de los documentos. Si el documento tiene errores podría no tener validez en el momento cuando más lo necesite. Puede pedirle a un abogado que complete los formularios estándar o que escriba un documento personalizado para usted. Comience el proceso pensando en las opciones y con una charla con su familia. Si tiene preguntas específicas legales o médicas, consulte con su abogado, médico u otro profesional de atención médica.

Órdenes de resucitación pulmonar y de NO revivir

Cuando una persona deja de respirar y su corazón deja de palpitar, el término usado es paro cardiorrespiratorio. La resucitación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento médico de emergencia usado para tratar de reiniciar la actividad cardíaca y la respiración.

La RCP consiste en soplar aire por la boca y presionar sobre el pecho. Las personas capacitadas en resucitación cardiopulmonar pueden comenzar este procedimiento. Si se realiza correctamente, la resucitación cardiopulmonar puede llevar a un nivel adecuado de presión sanguínea que ayuda a restituir la función de los órganos vitales (cerebro, corazón, riñones e hígado). Si este procedimiento no revive a la víctima, el equipo de emergencia de la ambulancia o del hospital comenzará el mantenimiento de vida avanzado (Advanced Life Support, ALS). El mantenimiento de vida avanzado incluye la colocación de un tubo en la tráquea, la aplicación de descargas eléctricas al pecho y la inyección de medicamentos en las venas. La víctima entonces debe ser transportada al hospital tan pronto como sea posible y podría necesitar un respirador para ayudarle a respirar durante un tiempo indeterminado.

La resucitación cardiopulmonar es más eficaz cuando se comienza inmediatamente después de que la persona se haya desmayado. Si han pasado más de seis minutos antes de que se comience la resucitación pulmonar, existe una gran posibilidad de que ya se hayan dañado gravemente los órganos vitales. La excepción es el ahogarse en agua fría ya que ésta puede aumentar este tiempo hasta 40 minutos.

La resucitación cardiopulmonar no siempre es eficaz aun cuando se realiza adecuadamente. Una víctima de edad avanzada o que tiene una enfermedad grave, tal como enfisema, insuficiencia hepática o renal grave, o cáncer muy difundido, tiene una baja posibilidad de sobrevivencia.

La resucitación cardiopulmonar no es para todas las personas. Por lo tanto, es importante que hable con su médico sobre ello. Si firma un Poder notarial para la atención médica, puede agregar una declaración indicando si desearía recibir resucitación cardiopulmonar y en qué circunstancias.

Una persona puede rehusar resucitación cardiopulmonar en un ambiente institucional, tal como hospitales y centros de convalecencia; para ello necesita una orden escrita de su médico. Esta orden tiene que ser por escrito, aun cuando se haya completado una directiva anticipada, con la finalidad de notificar a todos los proveedores de atención médica. Si esta persona tiene un paro cardiorrespiratorio fuera del hospital o del centro de convalecencia, el equipo de emergencia tratará de revivirlo a él o a ella a menos que él o ella tenga puesto un brazalete con una orden de NO resucitar.

Órdenes de NO resucitación para los pacientes no hospitalizados: Ley 200 del estado de Wisconsin

En 1996, el senado estatal aprobó la Ley 200 del estado de Wisconsin, la cual permite que ciertos individuos soliciten un brazalete con una orden de NO resucitar. En 1999, la ley fue enmendada para permitir el uso de brazaletes MedicAlert. Para poder obtener un brazalete, un médico debe firmar la orden de NO resucitar. Un paciente puede obtener un formulario de orden de NO resucitar del Departamento de Salud y Servicios para la Familia del Estado de Wisconsin (Wisconsin Department of Health and Family Services), llamando al (608) 266-1568 ó desde un consultorio de un médico*.

¿Quién reúne los requisitos para poder obtener un brazalete con una orden de NO resucitar?

La persona tiene que tener por lo menos 18 años de edad, no estar embarazada y satisfacer una de las siguientes condiciones:

- un estado terminal;
- un estado médico que sea muy improbable que la resucitación cardiopulmonar sea exitosa (por ejemplo, una enfermedad grave cardiovascular, de los pulmones, riñones o cerebro); o
- un estado médico que haría que la resucitación cardiopulmonar causara más daño que beneficio (por ejemplo, reblandecimiento grave de los huesos debido a la osteoporosis).

Si la persona reúne los requisitos, él o ella puede pedirle al médico de cabecera que le emita un brazalete. Tanto la persona como el médico deben firmar la orden. El médico o el representante del médico colocará el brazalete en la muñeca de la persona.

***ADVERTENCIA:** Sólo son legales en el estado de Wisconsin los brazaletes emitidos con una orden de un médico. Los brazaletes que venden las tiendas de descuento o farmacias no están autorizados por la ley estatal.

¿Cómo revoco mi orden de NO resucitar?

Se puede revocar fácilmente la orden de NO resucitar mediante uno de los siguientes:

- comunicar su deseo de revocar la orden de NO resucitar a su familia, representante legal o médico y quitarse inmediatamente el brazalete;
- desfigurar, cortar, quemar o destruir de alguna otra forma el brazalete; o
- retirar el brazalete o pedirle a otra persona que lo haga por usted.

¿Qué podría hacer el personal de rescate?

Si tiene una orden de NO resucitar y un brazalete y se llama al personal de rescate, ellos podrían (según corresponda):

- despejar las vías respiratorias;
- administrar oxígeno;
- colocarle en posición cómoda;
- inmovilizar huesos lesionados;
- controlar el desangre;
- administrar medicamento para el alivio del dolor;
- ofrecer apoyo emocional;
- contactar al centro de asistencia para enfermos en convalecencia o a la agencia de atención médica en el hogar si uno de ellos ha participado en la atención médica del paciente.

Si tiene una orden de NO resucitar y un brazalete y se llama al personal de rescate, ellos NO deben:

- hacer presiones del pecho;
- insertar tubos para la respiración;
- administrar medicamentos para la resucitación cardíaca;
- darle asistencia respiratoria;
- usar choque eléctrico para reiniciar su corazón.

Para obtener más información, incluso un formulario de orden de NO resucitar, comuníquese con su médico o llame al Departamento de Salud y Servicios para la Familia de Wisconsin al (608) 266-1568.

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Por qué debo tener una directiva anticipada?

Una directiva anticipada le permite que su familia, amigos y profesionales de atención médica estén bien informados de sus deseos, mientras usted todavía esté en la capacidad de hacerlo. Ayuda a prevenir desacuerdos entre los miembros de la familia sobre qué tratamiento usted debería recibir si estuviese incapacitado. La ley no permite que un miembro de la familia u otras personas tomen estas decisiones por usted a menos que usted esté incapacitado y un miembro de la familia específico sea asignado como el representante legal para la atención médica o sea asignado por el tribunal como su tutor legal.

¿Qué sucede si no tengo una directiva anticipada?

Si no tiene una directiva anticipada y está incapacitado, nadie tiene autoridad legal para tomar las decisiones por usted. Se pueden dejar sus decisiones a cargo de su médico y un cónyuge, hijo adulto, hermano o hermana adulta, amigo cercano o un tutor legal asignado por el tribunal quien tiene autoridad legal limitada y puede que no sepa o que no siga sus deseos. Si no tiene asignado un representante legal para la atención médica, es posible que sus seres queridos tengan que gastar dinero y que les tome tiempo obtener tutela en el tribunal con el fin de tomar decisiones en su nombre.

¿Cuándo debo preparar una directiva anticipada?

Ahora. A pesar de que muchas personas piensan por primera vez en preparar una directiva anticipada cuando son ingresadas a un hospital o a un centro de convalecencia, es buena idea pensar en hacerlo ahora, mientras la salud se lo permite.

¿Cuál documento es adecuado para mí?

El Poder notarial para la atención médica podría evitar los procedimientos costosos en el tribunal para obtener tutela; una Declaración para los médicos no lo evitará. El Poder notarial para la atención médica es un documento más poderoso y flexible. Un Poder notarial para la atención médica puede incluir un anejo para especificar las preferencias de tratamiento. Sin embargo, si no tiene a alguien asignado como su representante legal para la atención médica o si su representante legal para la atención médica está incapacitado o se muere, la Declaración para los médicos es su única opción. Si tiene tanto una Declaración para los médicos como un Poder notarial para la atención médica, asegúrese de que haya constancia entre ambos. Si existen contradicciones entre los dos documentos, el Poder notarial para atención médica anulará la Declaración para los médicos.

¿Qué derechos tengo sobre la atención médica que recibo?

Como un adulto competente, usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, incluso aceptar o rehusar tratamiento.

¿Se requiere que tenga una directiva anticipada?

No. La ley federal requiere que los hospitales y otras instituciones de atención médica informen a los pacientes cuando son ingresados sobre las directivas anticipadas, pero los proveedores de atención médica no pueden requerir que usted tenga este documento.

Incapacitado

Esto se define en los estatutos de Wisconsin como la incapacidad de captar y evaluar información de manera eficaz o comunicar decisiones en tal medida que la persona carece de la capacidad para gestionar sus decisiones de atención médica (estatuto 155 de Wisconsin).

Representante legal para la atención médica

Una persona que usted elige y asigna en su Poder notarial para atención médica como la persona que tomará decisiones de atención médica por usted en caso de que usted no pueda expresar sus propios deseos para atención médica o tratamiento. Su representante legal debe estar completamente informado de sus deseos con respecto a su atención médica y tratamiento en el futuro.

¿Qué sucede si cambio de opinión sobre mis deseos?

Su Declaración para los médicos y su Poder notarial para la atención médica durarán desde el momento en que son creados hasta su muerte, a menos que sean revocados o cambiados. Pueden ser revocados o cambiados en cualquier momento si hace uno de los siguientes:

- rompe, quema, tacha o destruye el documento o instruye a otra persona a que lo haga en su presencia;
- escribe y firma una cancelación;
- expresa verbalmente su intención de cancelar el documento en la presencia de dos testigos y notifica a su médico de la revocación; o
- escribe un documento nuevo.

¿Dónde debo guardar mi directiva anticipada?

Guarde una copia de su directiva con sus otros documentos importantes. Informe a sus seres queridos, a su representante legal para la atención médica y al representante legal alterno para la atención médica que usted tiene una directiva anticipada y déles una copia. También puede utilizar una tarjeta de bolsillo que indica que posee una directiva anticipada y dónde puede ser encontrada ésta. Asegúrese de que tanto el hospital donde se le dará tratamiento como su médico tengan una copia de su directiva anticipada, en el expediente médico de usted. Puede optar por llevar su directiva anticipada con usted cuando viaje y guardarla en la guantera de su vehículo.

¿Dónde tiene validez mi directiva anticipada?

Su directiva tiene validez en Wisconsin. Si pasa gran parte del tiempo en otro estado, debería tener también una preparada para dicho estado.

Representante legal para la atención médica

Funciones y responsabilidades

¿A quién puedo asignar en mi Poder notarial para atención médica como mi representante legal?

Su representante legal es por lo general un cónyuge, pariente o amigo en el que confía. El representante legal debe tener por lo menos 18 años. Puede seleccionar a un adulto con la excepción de su proveedor de atención médica (por ejemplo, médico, enfermera), un empleado de una institución de atención médica en la cual usted sea paciente o reside, o un cónyuge de uno de estos proveedores o empleados, a menos que sea pariente suyo. Debe asegurarse de que la persona que asigna es alguien en quien puede confiar y de que hable con dicha persona sobre sus preferencias de tratamiento, porque ella tendrá autoridad para tomar decisiones importantes en su nombre.

¿Cuándo asume mi representante legal su responsabilidad?

Su representante legal no tomará decisiones en su nombre a menos que usted pierda la capacidad de hacerlo y sólo cuando ello suceda. Dos médicos o un médico y un psicólogo deben declarar que usted ya no está capacitado. Tan pronto como seleccione a su representante legal, él o ella tendrá que comenzar a informarse sobre sus valores y deseos.

¿Qué debe saber mi representante legal?

Su mejor protección para que se respeten sus deseos es comunicarlos de manera eficaz a su representante legal. Por ejemplo, dígale a su representante legal qué piensa sobre el sostén de vida, el estar en estado de coma y sobre la calidad de vida que espera mantener. Para facilitar la conversación, lea los puntos a discutir con el representante legal para la atención médica que se indican en esta guía. Además, use el anejo del Poder notarial para atención médica para ofrecerle a su representante legal información adicional.

¿Cuáles son las responsabilidades de mi representante legal?

Las responsabilidades principales de su representante legal son entender sus creencias e inquietudes sobre el tratamiento médico. Él o ella debe estar dispuesto a tomar decisiones que son constantes con sus deseos y comunicar esos deseos al personal de atención médica. Su representante legal tendrá que hablar con frecuencia con su médico y estar informado de su estado de salud, plan de tratamiento y posibilidades de recuperación. Su representante legal debe estar seguro de que el tratamiento es equivalente a sus deseos. Si el tratamiento no coincide con sus deseos, su representante legal debe informarle a su médico o cambiar de médico para usted.

Si necesito atención médica de un centro de convalecencia o una institución residencial comunitaria, ¿puede ingresarme mi representante legal?

Su representante legal para la atención médica puede ingresarlo en un centro de convalecencia o en una institución residencial comunitaria (community-based residential facility, CBRF) durante un máximo de tres meses para atención médica de relevo o de recuperación, aun cuando no haya marcado que "Sí" en su Poder notarial para atención médica. Su representante legal puede hacerlo sin la necesidad de un procedimiento de tutela o colocación protectora en el tribunal. Usted debe marcar "Sí" en su Poder notarial para atención médica para que su representante legal pueda ingresarlo en un centro de convalecencia o institución residencial comunitaria durante más de tres meses, sin un procedimiento de tribunal.

¿Puede tomar mis decisiones de atención médica automáticamente la persona que yo asigne como mi poder notarial duradero financiero?

No. La persona que usted asigne como su representante legal en un poder notarial duradero (por lo general que se relaciona con asuntos financieros) no tiene derecho a tomar sus decisiones para la atención médica por usted, a menos que el documento contenga el lenguaje esencial del estatuto de Poder notarial para la atención médica. Con frecuencia, las personas asignan a un representante legal para las decisiones para la atención médica y a otro representante legal para encargarse de los asuntos financieros.

Puntos de discusión

Asuntos que debe considerar con su representante legal para la atención médica

- Describa su estado de salud actual y su calidad de vida a su representante legal para la atención médica.
- Determine qué tan importante es para usted su independencia o su autosuficiencia. Hable sobre su actitud general sobre las enfermedades, la agonía y la muerte.
- ¿Estaría afectada su actitud sobre las enfermedades, la agonía y la muerte si disminuyera su capacidad física o mental?
- Considere sus sentimientos sobre el uso de los siguientes tratamientos, por cuánto tiempo quisiera que se los aplicaran y bajo qué condiciones (por ejemplo, estado mental, posibilidades de un resultado exitoso):
  - respirador;
  - alimentación artificial (por un tubo en la nariz o en el abdomen);
  - diálisis renal;
  - medicamentos para mantener la frecuencia cardíaca y la presión arterial;
  - intentar la resucitación (por ejemplo, presiones en el pecho, respiración artificial, desfibrilación).
- Piense sobre el uso de métodos de sostén de vida en el caso de una enfermedad terminal, de estado de coma permanente o enfermedades crónicas irreversibles, (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer).
- Determine qué función tiene su fe personal en su vida y cómo esas creencias afectan su actitud con respecto a una enfermedad grave o terminal y a la muerte.
- Hable sobre cómo su comunidad religiosa ve la función de rezar o de los sacramentos religiosos en una enfermedad.
- Piense en lo que sería importante para usted cuando se esté muriendo (por ejemplo, el control del dolor, presencia de los miembros de su familia).
- Decida dónde preferiría morir.
- Decida si desea donar alguna parte de su cuerpo después de que muera (consulte la sección sobre Donación de órganos y tejidos).
- Dígale a su representante legal si le ha informado a su médico sobre sus deseos para la atención médica al final de la vida.
- ¿Confía en esta persona para que lleve a cabo sus deseos?
- Dígale a su representante legal si ha informado a su familia sobre sus deseos y si ellos le dan su apoyo.
- Informe a su representante legal a quién más quiere como participante en la toma de decisiones sobre su atención médica.

Donación de órganos y tejidos

Los avances en la tecnología médica en los últimos 30 años han permitido a los médicos salvar vidas, restaurar la salud y mejorar la calidad de vida por medio de la donación de órganos y tejidos. Sin embargo, miles de personas en el ámbito nacional se encuentran en listas de espera para trasplantes. Cada año, miles de personas mueren en espera de un donante que les dé el regalo de vida.

Si se presenta una tragedia, los profesionales de atención médica siempre tratarán de salvar su vida. En caso de que todos los esfuerzos fallen completamente, sus órganos y tejidos podrían reunir los requisitos para su donación. Sin costo alguno para usted o sus seres queridos, puede dar el regalo de mejora de vida o de la vida misma. Ello se debe a que su corazón, riñones, hígado, pulmones, córneas y hasta su piel y huesos pueden ser trasplantados. Además, la donación ocurre en unas horas después de la muerte, así que su familia puede proceder con los preparativos del funeral sin retrasos ni interrupciones.

Hable con su familia sobre la decisión de ser donante. Es importante que aquellas personas cercanas a usted sepan que usted desea ser donante, para que ellos apoyen su decisión cuando llegue el momento de la donación. También es importante que hable con su médico sobre la donación de sus órganos, así él o ella puede anotar sus deseos en su expediente médico.

"Cuando los médicos nos dijeron que Berto había sufrido una muerte cerebral, preguntamos si podíamos hacer una donación de órganos. Creímos en ese momento y creemos ahora que tomamos la mejor decisión. Berto era una persona muy amorosa y generosa y la donación era algo que sabíamos que él quería hacer."

Preguntas que se hacen con frecuencia

¿Por qué razón debería ser un donante de órganos y tejidos?

Más de 1,500 personas se encuentran en la lista de espera de donantes en Wisconsin y muchos morirán a menos que participen más donantes. Usted tan solo puede darle hasta unas 50 personas el regalo de vida o mejora de vida si es un donante.

¿Cómo puedo ser donante?

Firme el reverso de su licencia de conducir o tarjeta de identificación directamente encima del plástico. Además, asegúrese de que su Poder notarial para la atención médica indique que usted quiere ser donante. La sección tiene como título "donaciones anatómicas". También puede completar la tarjeta de donante (al reverso de esta guía) y guardarla en su cartera. Puede decidir donar cualquiera de sus órganos y tejidos o puede indicar qué órganos y tejidos desea donar.

Lo más importante, es asegurarse de que comparta con su familia y sus seres queridos la decisión de ser donante. Con mucha frecuencia, la licencia de conducir, la tarjeta de donante o el Poder notarial para atención médica no se encuentra disponible en el momento de la muerte. Al hacer saber sus deseos, le quita a su familia el peso de tener que tomar la decisión por usted. Una tarjeta de donante firmada y una charla con la familia asegurará que la decisión que se ha tomado es la que usted quiere.

¿Puedo donar mi cuerpo para la investigación médica?

Sí, casi todas las personas pueden ser consideradas posibles donantes. Para ello, hable con la escuela de medicina universitaria, el instituto de investigación o la organización que gestiona la adquisición de órganos en su área antes de determinar su preferencia de donación porque esas entidades podrían requerir documentación específica, que deba completarse antes de la muerte para que la donación sea válida. En algunas ocasiones, existe una cuota asociada con la donación de cuerpo para la educación médica. Se puede realizar la asignación en su licencia de conducir o en la sección de la donación anatómica de su Poder notarial para la atención médica.

¿Cuándo debo decidir si quiero ser considerado para ser un posible donante?

El momento es ahora. Firme su licencia de conducir e infórmele a su familia sobre su decisión.

¿Puede la edad, el estado de salud o la vista deficiente hacer que la donación de órganos y tejidos sea imposible?

Casi todas las personas pueden ser consideradas posibles donantes. Su edad e historial médico no deben influir en su decisión de ser donante. Los profesionales médicos evalúan cuidadosamente qué órganos y tejidos son médicamente apropiados para el trasplante.

¿Tendrá mi familia que pagar alguna cuota por la donación de órganos y tejidos?

No. Se realizará la donación sin costo alguno para su familia.

¿Afectará mi preferencia de ser donante mi atención médica o tratamiento?

No. Los médicos y demás profesionales de atención médica siempre tratarán de salvar su vida. La donación es posible únicamente después de que se declare a la persona fallecida.

¿Se considera aceptable dentro de mi religión la donación de órganos?

La mayoría de las creencias religiosas apoyan la donación de órganos y tejidos y muchos líderes religiosos en el ámbito nacional dan completo apoyo a la donación porque da vida y salud a otro ser humano. Para su tranquilidad, hable con su clero.

¿Qué sucede si mi familia se opone a la donación?

La mejor manera de asegurar que se lleven a cabo sus deseos es decirle a su familia qué tan importante es para usted la donación de órganos y tejidos. Además, es muy importante que firme la licencia de conducir y anote en documentos legales sus deseos, incluso en el Poder notarial para la atención médica.

Instrucciones: Poder notarial para la atención médica

Antes de llenarlo

Lea todo el documento detalladamente. Asegúrese de entender la autoridad que le está dando a otra persona. Piense muy cuidadosamente a quién desea seleccionar como su representante legal. No puede seleccionar a su médico, enfermera ni empleado de la institución de atención médica ni el cónyuge de cualquiera de estas personas, a menos que dicha persona sea también su pariente. Considere a un familiar o amigo cercano: alguien que lo conozca bien, que vive cerca de usted, quien sería un gran defensor suyo y aseguraría que sus preferencias se respeten. Hable con esta persona sobre sus preferencias de atención médica, creencias religiosas y sus inquietudes sobre la calidad de vida. Pregúntele a esta persona si él o ella aceptaría esta responsabilidad. Haga lo mismo con la persona que seleccione como alterno o suplente.

Instrucciones para llenar el documento

No anote la fecha al final de la primera página hasta el día que esté listo para firmarlo. Escriba su nombre y dirección y fecha de nacimiento después del "Yo" al final de la primera página. En la parte superior de la segunda página, en los primeros espacios en blanco, escriba el nombre, dirección y número de teléfono (con el código de área) de la persona que ha seleccionado como su representante legal para la atención médica. Si la persona es un pariente, indique el parentesco en paréntesis después del nombre. Por ejemplo, "Susana Carrasco (hija)". En los próximos espacios en blanco, escriba el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que ha seleccionado como alterno. Recuerde que debe asignar solamente a una persona como su representante legal y a una persona como su alterno.

Ingreso a un centro de convalecencia o institución residencial comunitaria

Decida si desea que su representante legal tenga autoridad de ingresarlo a un centro de convalecencia o a una institución residencial comunitaria (hogar de un grupo de personas). Si marca que "Sí", su representante legal podrá hacerlo sin tener que ir al tribunal. Ello ahorrará tiempo, dinero y ansiedad emocional para usted y su familia. Por otro lado, el procedimiento del tribunal ha sido creado para protegerlo a usted, es una confirmación de que realmente tiene que ser ingresado en un centro de convalecencia. Decida si se siente cómodo en darle ese poder a su representante legal. Si marca que "No" o deja la pregunta en blanco, su representante legal no tendrá la autoridad y se requerirá un proceso de tribunal antes de que pueda ser ingresado a un centro de convalecencia, si usted no está capacitado en ese momento.

Disposición sobre el tubo para la alimentación

Decida si desea que su representante legal tenga la autoridad de negar o descontinuar el tubo para la alimentación. Si marca que "Sí" su representante legal tendrá la autoridad de decidir, en cada caso por separado, si usted desearía que él o ella negara o descontinuara estos tubos para la alimentación. Si marca que "No" o si lo deja en blanco, su representante legal tendría que obtener una orden del tribunal antes de poder hacerlo. (Nota importante: Si también completa la Declaración para los médicos, asegúrese de que no haya contradicciones en los dos documentos. Por ejemplo, si su Declaración para los médicos indica que se deben negar los tubos para la alimentación, asegúrese de marcar "Sí" en esta pregunta en su Poder notarial para la atención médica).

Decisiones de atención médica para mujeres embarazadas

Esta sección se aplica únicamente para mujeres que pueden quedar embarazadas. Si usted es un hombre o es una mujer que no puede quedar embarazada, escriba "no se aplica" al lado del espacio en blanco. Si pudiese quedar embarazada, decida si desea que su representante legal tenga esa autoridad. Tenga en cuenta que existen decisiones aparte del aborto que podría tener que tomar su representante legal para la atención médica. Por ejemplo, si tiene un accidente de carro mientras está embarazada y queda inconsciente, alguna persona tiene que decidir si se reposicionarán o no los huesos rotos. Aún para la decisión de aborto, debe considerar marcar que "Sí" pero clarificar su posición sobre el aborto ("siempre", "nunca", sólo en ciertas circunstancias"), en la próxima sección. Recuerde, si marca que "No" o lo deja en blanco, su representante legal no tendrá la autoridad de tomar decisiones por usted si queda embarazada.

Declaración de sus deseos, disposiciones o limitaciones especiales.

Se le alienta a que agregue algo para personalizar el formulario. Escriba en letra de imprenta toda la información para asegurarse de que se puede leer con claridad. Considere agregar información sobre sus creencias en cuanto a los procedimientos de sostén de vida, donaciones de órganos y tejidos, trasplante de órganos y tejidos, autopsias, selección de proveedor o institución de atención médica o cualquier preferencia para recibir atención médica a largo plazo en su propio hogar o en un centro de convalecencia. En esta sección también es el lugar para aclarar, poner limitaciones o explicar con más detalles cualquier respuesta de "Sí" o "No". Por ejemplo, puede considerar la clasificación de la admisión a un centro de convalecencia al indicar una preferencia por atención médica en el hogar en vez de un centro de convalecencia o indicando qué decisiones puede tomar su representante legal en caso de que usted quede embarazada. Para dar más detalles sobre sus preferencias, considere completar el anejo del Poder notarial para la atención médica. Este anejo debe ser firmado en presencia de testigos al igual que el documento mismo.

Para la firma, usted y los dos testigos tienen que estar juntos. Un testigo no puede ser: (1) su representante legal, (2) una persona con un reclamo en su herencia, (3) un pariente, (4) una persona responsable directamente de los asuntos financieros de su atención médica, (5) su médico de cabecera, (6) un empleado de su médico o (7) un empleado de la institución de atención médica donde usted vive. Para (6) y (7), sin embargo, una persona con el cargo de capellán o trabajador social puede ser un testigo. En presencia de los testigos, debe firmar y poner fecha al formulario. Luego, los dos testigos deben firmar, según se indica en el formulario. Después, debe pedirle a su representante legal y al alterno que firmen. Escriba su propio nombre en los dos primeros espacios en blanco debajo de "Declaración de representante legal para la atención médica" y "Representante legal alterno para la atención médica" y después su representante legal y representante legal alterno están listos para firmar. (Nota: Si su representante legal o alterno vive en otro lugar, puede enviarle el documento para que lo firme. No se requieren testigos.)

Una vez que lo llene

Haga varias copias del formulario. Provea el original a su médico (si tiene un médico de cabecera, a diferencia de una clínica) y hable con él o ella sobre su selección de representante legal, así como también sobre sus preferencias para la atención médica, según lo indicó en el formulario. Pídale a su médico que respete sus preferencias y respete su selección de representante legal, si se presentase la situación. Déle copias del formulario completo a su representante legal y a su representante legal alterno. Ponga una copia en un lugar seguro en el hogar y envíe otra copia al hospital donde le darán tratamiento. También puede guardar una copia en la guantera de su vehículo si viaja. También puede archivar una copia, por una cuota pequeña, con el secretario de documentos testamentarios (Register-in-Probate) en la oficina del tribunal de legalización de testamentos. Hable con sus familiares más cercanos acerca de su selección de representante legal y de sus preferencias de atención médica. Pídales a ellos que también respeten su selección de representante legal y que respeten dichas decisiones, en el caso de que se presentara la situación. Llene la tarjeta de bolsillo (al final de esta guía) y póngala en su cartera.

ESTA PÁGINA ESTÁ EN BLANCO

PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

AVISO PARA LA PERSONA QUE LLENE ESTE DOCUMENTO

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. No se le podrá prestar servicios de atención médica si usted objeta a ellos y no se podrá cancelar o retirar si usted se objeta.

Debido a que su proveedor de atención médica en algunos casos no habrá tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, a menudo no estará familiarizado con sus creencias y valores ni con los detalles de las relaciones con sus familiares. Esto presenta un problema si usted llegara a estar física o mentalmente incapacitado para tomar decisiones sobre su atención médica.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal para especificar a la persona que quiera que tome decisiones de atención médica por usted si usted no puede tomar dichas decisiones personalmente. Esta persona se conoce como su representante legal para la atención médica. Debe tomar tiempo para hablar sobre sus ideas y creencias sobre el tratamiento médico con la persona o personas que ha especificado. Puede indicar en este documento cualquier tipo de atención médica que desea recibir o no desea recibir, y puede limitar la autoridad de su representante legal para la atención médica. Si su representante legal para la atención médica no está informado sobre sus deseos con respecto a una decisión para la atención médica en particular, él o ella tendrá que determinar qué sería lo mejor para su bien.

Este es un documento legal importante. Da a su representante legal poderes amplios para tomar decisiones de atención médica por usted. Revoca cualquier Poder notarial para la atención médica previo que usted haya llenado. Si desea cambiar su Poder notarial para la atención médica, puede revocar este documento en cualquier momento: destruirlo, pedirle a otra persona que lo destruya en su presencia, firmar y poner fecha a una declaración o indicar que ha sido revocado en la presencia de dos testigos. Si lo revoca, debe notificar a su representante legal, a sus proveedores de atención médica y a cualquier otra persona a quien le haya dado una copia. Si su representante legal es su cónyuge y se anula su matrimonio o se divorcia después de firmar el documento, el documento es inválido.

También puede usar este documento para dar o rehusar donaciones anatómicas cuando fallezca. Si usa este documento para dar o rehusar una donación anatómica, este documento revoca cualquier documento previo de donación que usted haya hecho. Puede revocar o cambiar cualquier donación anatómica que haya hecho en este documento; simplemente tache la disposición de donaciones anatómicas en este documento.

No firme este documento a menos que realmente lo entienda.

Se sugiere que guarde el original de este documento en el archivo que mantiene su médico.

Guarde esta página con el documento de Poder notarial para la atención médica.

PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Documento realizado este _____ día de_____(mes), de _____ (año).

PREPARACIÓN DEL PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

YO,_____

_____

_____

(nombre en letra de imprenta, dirección y fecha de nacimiento), en pleno uso de mis facultades, tengo la intención por medio de este documento de preparar un poder notarial para la atención médica. Otorgo este poder notarial para la atención médica de manera voluntaria. A pesar de preparar este poder notarial para la atención médica, espero ser informado completamente sobre cualquier decisión de atención médica para mí y que se me permita participar en dichas decisiones en la medida en que esté capacitado. Para la finalidad de este documento, "decisión de atención médica" significa una decisión con conocimiento de circunstancias para aceptar, mantener, descontinuar o rehusar cualquier atención médica, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar mi condición física o mental.

Además, puedo, mediante este documento, especificar mis deseos con respecto a hacer una donación anatómica al morir.

ASIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

__ Si ya no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, debido a mi incapacidad, por medio de la presente asigno a

_____

_____

(nombre en letra de imprenta, dirección y número de teléfono) para que sea mi representante legal para la atención médica con la finalidad de tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Si él o ella en algún momento no puede o no desea hacerlo, por medio de la presente asigno a

_____

_____

(nombre en letra de imprenta, dirección y número de teléfono) para que sea mi representante legal alterno para la atención médica con la finalidad de tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Ni mi representante legal para la atención médica ni mi representante legal alterno para la atención médica, los cuales yo he asignado, son mi proveedor de atención médica, un empleado de mi proveedor de atención, un empleado de la institución de atención médica en la que soy paciente ni el cónyuge de ninguna de estas personas, a menos que él o ella también sea mi pariente. Para fines de este documento, "incapacidad" existe si 2 médicos o un médico y un psicólogo que personalmente me han examinado, firman una declaración que específicamente expresa su opinión de que yo estoy en un estado de salud que significa que no puedo recibir ni evaluar información eficazmente ni puedo comunicar decisiones en tal medida que no tengo la capacidad de gestionar mis decisiones de atención médica. Se debe adjuntar una copia de dicha declaración a este documento.

DECLARACIÓN GENERAL DE LA AUTORIDAD OTORGADA

A menos que haya especificado lo contrario en este documento, si alguna vez estoy incapacitado, indico a mi proveedor de atención médica a que obtenga la decisión de atención médica de mi representante legal para la atención médica, si yo necesito tratamiento, para toda mi atención médica y tratamiento. He hablado sobre mis deseos completamente con mi representante legal para la atención médica y creo que él o ella entiende mi filosofía con respecto a las decisiones de atención médica que yo tomaría si estuviera capacitado. Deseo que se lleven a cabo mis deseos por medio de la autoridad dada a mi representante legal para la atención médica en este documento.

Si no puedo, tomar una decisión de atención médica, debido a mi incapacidad, mi representante legal para la atención médica tiene instrucciones de tomar las decisiones de atención médica por mí, pero mi representante legal para la atención médica deberá tratar de hablar conmigo sobre cualquier atención médica propuesta si puedo comunicarme de alguna manera, incluso con el parpadeo de mis ojos. Si esta comunicación no puede llevarse a cabo, mi representante legal para la atención médica deberá basar sus decisiones en las opciones de atención médica que yo he expresado con anterioridad a la decisión. Si yo no he expresado una selección de atención médica sobre la atención médica en cuestión y no se puede comunicar conmigo, mi representante legal para la atención médica basará su decisión de atención médica en lo que él o ella crea que es lo mejor para mí.

LIMITACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Mi representante legal para la atención médica no puede ingresarme ni internarme como paciente interno en una institución para enfermedades mentales, una institución de atención médica intermedia para los retardados mentales ni en una institución estatal de tratamiento o institución de tratamiento. Mi representante legal para la atención médica no podrá dar su consentimiento para investigación mental de salud experimental ni psicocirugía, el tratamiento de terapia electroconvulsiva, ni los procedimientos de tratamiento mental drásticos para mí.

INGRESO A UN CENTRO DE CONVALECENCIA O INSTITUCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA

Mi representante legal para la atención médica puede ingresarme en un centro de convalecencia o una institución residencial comunitaria para estadía a corto plazo para atención médica de relevo y de recuperación.

Si marqué que "Sí" a lo siguiente, mi representante legal para la atención médica puede ingresarme con un fin que no es el de atención médica de relevo y de recuperación, pero si he marcado que "No" a lo siguiente, mi representante legal para la atención médica no podrá ingresarme:

1. Un centro de convalecencia: Sí ____ No ____

2. Una institución residencial comunitaria: Sí ____ No ____

Si no he marcado ni "Sí" ni "No" en las líneas anteriores a este texto, mi representante legal para la atención médica podría ingresarme sólo para estancia de corto plazo para atención médica de relevo o de recuperación.

DISPOSICIÓN SOBRE EL TUBO PARA LA ALIMENTACIÓN

Si he marcado que "Sí" en lo siguiente, mi representante legal de atención médica podría negar o descontinuar un tubo para la alimentación para mí, a menos que mi médico haya aconsejado que en su juicio profesional, ello me causará dolor o reducirá mi comodidad. Si he marcado que "No" a lo siguiente, mi representante legal de atención médica no podrá negar o descontinuar un tubo para la alimentación para mí.

Mi representante de atención médica no podrá negar o descontinuar la nutrición o hidratación ingerida oralmente para mí, a menos que la disposición de la nutrición o hidratación esté contraindicada médicamente.

Negar o retirar un tubo para la alimentación: Sí ____ No ____

Si no he marcado ni "Sí" ni "No" en las líneas anteriores a este texto, mi representante de atención médica no podrá negar o descontinuar un tubo para la alimentación para mí.

DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES EMBARAZADAS

Si he marcado que "Sí" en lo siguiente, mi representante legal para la atención médica podría tomar decisiones de atención médica por mí aun cuando mi representante sepa que estoy embarazada. Si he marcado que "No" en lo siguiente, mi representante legal para la atención médica no podrá tomar decisiones de atención médica por mí, si mi representante sabe que estoy embarazada.

Decisiones de atención médica si estoy embarazada: Sí ____ No ____

Si no he marcado ni "Sí" ni "No" en las líneas anteriores a este texto, mi representante legal para la atención médica no podrá tomar decisiones de atención médica por mí, si mi representante legal para la atención médica sabe que estoy embarazada.

DECLARACIÓN DE SUS DESEOS, DISPOSICIONES O LIMITACIONES ESPECIALES

Al ejercitar autoridad según este documento, mi representante legal para la atención médica deberá actuar en constancia con mis deseos indicados a continuación, si menciono alguno, y estar sujeto a cualquier disposición o limitación especial que yo especifique. Los siguientes son los deseos específicos, disposiciones o limitaciones que yo deseo declarar (agregue más puntos si es necesario):

1. _____ _____

2. _____

3. _____

INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL

Sujeto a cualquier limitación en este documento, mi representante legal para la atención médica tiene la autoridad de hacer todo lo siguiente:

(a) Solicitar, revisar y recibir información, de manera oral o escrita, sobre mi salud mental o física, incluso el expediente médico y del hospital.

(b) Formalizar en mi nombre cualquier documento que se requiera con el fin de obtener esta información.

(c) Dar consentimiento para la divulgación de esta información.

(El otorgante y los testigos tienen que firmar el documento al mismo tiempo).

FIRMA DEL OTORGANTE
(Persona que llene el Poder notarial para la atención médica)

Firma _____ Fecha _____

(La firma de este documento por el otorgante revoca todos los documentos previos de poderes notariales para la atención médica).

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Conozco al otorgante personalmente y considero que él o ella está en pleno uso de sus facultades y tiene por lo menos 18 años de edad. Creo que su otorgamiento de este poder notarial para la atención médica es voluntario. Tengo por lo menos 18 años de edad, no tengo parentesco sanguíneo ni por matrimonio ni adopción con el otorgante, y no soy responsable directamente de los asuntos financieros para la atención médica del otorgante. No soy un proveedor de atención médica que está prestando servicios al otorgante en este momento, ni empleado del proveedor de atención médica, aparte de capellán o trabajador social, ni un empleado, aparte de capellán o trabajador social, de una institución de atención médica de pacientes internos en la cual el otorgante es un paciente. No soy el representante legal para la atención médica del otorgante. A mi mejor leal saber y entender, no tengo derecho ni tengo un reclamo en la herencia del otorgante.

Testigo número 1
Nombre (en letra de imprenta) _____ Fecha _____

Dirección _____

Firma _____

Testigo número 2
Nombre (en letra de imprenta) _____ Fecha _____

Dirección _____

Firma _____

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL ALTERNO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Entiendo que:_____
(nombre del otorgante) me ha asignado a mí para ser su representante legal para la atención médica o representante legal alterno para la atención médica, si se diera el caso de que él o ella esté incapacitado o incapacitada para tomar sus propias decisiones de atención médica.

_____ (nombre del otorgante) ha hablado sobre sus deseos acerca de sus decisiones de atención médica conmigo.

Firma del representante _____

Dirección_____

Firma del representante alterno_____

Dirección_____

El no formalizar el documento del poder notarial para la atención médica según el capítulo 155 de los estatutos del estado de Wisconsin no crea ninguna presunción sobre el intento de una persona con respecto a sus decisiones de atención médica. Este poder notarial para atención médica se formaliza según se proporciona en el capítulo 155 de los estatutos del estado de Wisconsin.

DONACIONES ANATÓMICAS (opcional)

Al morir:

_____ Deseo donar sólo los siguientes órganos o partes corporales: _____

_ _____

_____ (especifique las partes corporales o los órganos).

_____ Deseo donar cualquier órgano o parte corporal necesario:

_____ Deseo donar mi cuerpo para el estudio anatómico si es necesario.

_____ Me rehúso a hacer una donación anatómica. (Si esto revoca un compromiso previo que hice de hacer una donación anatómica a un beneficiario asignado, trataré de notificar al beneficiario a quien acordé hacer la donación).

El no marcar algunas de las líneas anteriores a este texto, no crea ninguna presunción sobre mi deseo para hacer o rehusar hacer una donación anatómica.

Firma_____ Fecha_____

OPCIONAL - ANEJO PARA EL PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si me encuentro en un estado terminal, en un estado vegetativo persistente o tengo demencia avanzada u otra incapacidad similar mental o tengo una incapacidad permanente que no me permite comunicar mis deseos, instruyo a mi Poder notarial para la atención médica para que lleve a cabo mis deseos. Mis deseos incluyen:

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	
☐	☐	No usar tubos para la alimentación, incluso sondas gástricas, sondas nasogástricas, las cuales se colocan por la nariz, ni alimentación intravenosa, a excepción de cuando sea para mejorar mi comodidad o reducir mi dolor.
☐	☐	No realizar ninguna operación quirúrgica, a excepción de cuando sea para mejorar mi comodidad o reducir mi dolor.
☐	☐	No usar antibióticos, con la excepción de cuando sea para mejorar mi comodidad o reducir mi dolor.
☐	☐	No hacer pruebas que puedan causarme angustia, con la excepción de cuando sea para mejorar mi comodidad o reducir mi dolor.
☐	☐	No darme radioterapia ni quimioterapia, a excepción de cuando sea para mejorar mi comodidad o reducir mi dolor.
☐	☐	No usar ningún tipo de resucitación ni de mantenimiento de vida avanzado. Esto incluye máquinas para ayudarme a respirar o medicamentos para mantener mi corazón y presión arterial.
☐	☐	No realizar diálisis renal (ni peritoneal ni hemodiálisis).
☐	☐	Errar en el lado de administrar demasiado medicamento en vez de no administrar suficiente medicamento para el alivio del dolor, aun cuando el hacerlo pueda resultar en mi muerte. Para mí, la meta del control del dolor es alivio total del dolor independientemente de los riesgos.
☐	☐	Ser un defensor activo como mi Poder notarial para la atención médica. No ceder simplemente a las decisiones que toman los médicos. Hacer preguntas y entender las propuestas, cuestionar las suposiciones y estar preparado para decir que no a la atención médica que yo no quisiera recibir y requerir la atención médica que yo quisiera recibir.
☐	☐	Recordar que yo quiero ser un donante de órganos y tejidos. Si los requisitos para donación de órganos están en conflicto con mis deseos anteriormente expuestos, instruyo a que se lleven a cabo dichas acciones con la finalidad de que se preserven las funciones de los órganos y se permita que se realice la donación de órganos.

Describa el nivel de incapacidad que está dispuesto a aceptar _____

_____

Otras ideas _____

_____

Firma del otorgante _____ Fecha _____

Firma del testigo número 1 _____ Fecha _____

Firma del testigo número 2 _____ Fecha _____

Como se utilizan en este anejo, tengo la intención de que los siguientes términos tengan los significados siguientes:

Estado terminal: Esto es un estado incurable, causado por lesión o enfermedad que causará la muerte en el futuro cercano, por lo tanto los procedimientos de sostén de vida sólo prolongan el proceso de muerte.

Estado vegetativo persistente: Esto es un estado incurable en el cual una persona pierde la capacidad de pensar, hablar y moverse con un propósito, pero la palpitación y respiración continúan. Se presentan períodos de sueño y estado de vigilia.

Demencia o senilidad avanzada: Esto es daño cerebral progresivo grave e incurable causado por derrames cerebrales, lesiones, infección o enfermedad de Alzheimer, que lleva a la pérdida de la capacidad para comunicarse con las personas, reconocer a la familia y amigos y de proveer las necesidades de uno mismo.

Instrucciones: Declaración para los médicos (Testamento en vida)

Antes de llenarlo: Lea todo el documento cuidadosamente. Asegúrese de entender el significado de éste y que está satisfecho con el lenguaje utilizado. Además, si va a completar o ha completado un Poder notarial para la atención médica, piense si realmente necesita este documento. Los asuntos en la Declaración para los médicos también pueden ser abordados en su Poder notarial para la atención médica. Si determina que necesita y desea tener este documento, proceda.

Para llenarlo: Escriba su nombre en el primer espacio en blanco y luego proceda a marcar lo indicado. El párrafo dos presenta la situación del uso de tubos para la alimentación si se encontrara en un estado terminal. El párrafo tres presenta la primera pregunta sobre los procedimientos de sostén de vida y, luego, separadamente, los tubos para la alimentación, si se encontrase en un estado vegetativo persistente.

Ahora está listo para firmarlo. Usted y sus dos testigos tienen que estar juntos. Los testigos tienen que tener por lo menos 18 años, no tener parentesco sanguíneo ni por matrimonio, ni tampoco ser empleado de su proveedor de atención médica ni el cónyuge de su proveedor de atención médica. (Excepciones: Los trabajadores sociales y capellanes pueden ser testigos de estos documentos). Si está físicamente incapacitado para firmar una declaración, la declaración debe ser firmada en su nombre por uno de los testigos o alguna otra persona que usted asigne directamente y en su presencia; ese tipo de firma de apoderado tiene que tomar lugar o ser reconocido por usted en la presencia de dos testigos. Los testigos válidos que actúen en buena fe tienen inmunidad de responsabilidad civil o penal.

Después de llenarlo: Haga varias copias del formulario. Provea el original a su médico (si tiene un médico de cabecera, a diferencia de una clínica), hable sobre sus decisiones y pídale a él o a ella que las respete si fuesen a presentarse las situaciones. Usted es responsable de notificarle a su médico de cabecera de la existencia de la declaración. Un médico de cabecera que ha sido notificado debe incluir la declaración como parte de su expediente médico. Se asume que es válida una declaración que se encuentra en su forma original o es una fotocopia o copia de fax electrónica legible. Hable y considere darles copias del documento a los miembros de la familia y pídales que también ellos respeten sus decisiones según se indican en el formulario. Ponga una copia en un lugar seguro en el hogar (no en una caja de seguridad del banco) y déle una copia al hospital donde le darán tratamiento. También puede guardar una copia en la guantera de su vehículo si viaja. También puede archivar una copia, por una cuota pequeña, con el secretario de documentos testamentarios (Register-in-Probate) en la oficina del tribunal de legalización de testamentos. Llene la tarjeta de bolsillo (al final de esta guía) y póngala en su cartera.

Definiciones

Declaración: un documento escrito, con testigos y formalizado de manera voluntaria por el otorgante según el estatuto 154. 03(1) del estado, pero no está limitado en forma ni substancia a lo proporcionado en el estatuto 154. 03(2) del estado.

Departamento: departamento de salud y servicios para la familia.

Tubo para la alimentación: un tubo médico por el cual se administra la nutrición o hidratación en las venas, estómago, nariz, boca u otra apertura corporal de un paciente calificado.

Estado terminal: un estado incurable, causado por lesión o enfermedad que el juicio médico razonable encuentra que causaría la muerte inminente, por lo tanto los procedimientos de sostén de vida sólo prolongan el proceso de muerte.

Estado vegetativo persistente: un estado que el juicio médico razonable considera que constituye pérdida completa e irreversible de todas las funciones de la corteza cerebral y resulta en cese completo, crónico e irreversible de todas las funciones cognitivas y la conciencia y una falta completa de respuestas de comportamiento que indican funcionamiento cognitivo, a pesar de que continúan las funciones autonómicas.

Paciente calificado: un otorgante que ha sido diagnosticado con estado terminal o estado vegetativo persistente y certificado por escrito por dos médicos, uno de los cuales es el médico de cabecera, quienes han examinado personalmente al otorgante.

Médico de cabecera: un médico con licencia según el capítulo 448 del estatuto del estado cuya responsabilidad primaria es el tratamiento y atención médica del paciente.

Profesional de atención médica: una persona con licencia, certificada o registrada según los capítulos 441, 448 ó 455 de los estatutos del estado.

Institución para la atención médica de pacientes internos: tiene el significado ofrecido según el estatuto 50. 135(1) del estado e incluye instituciones residenciales comunitarias según se define en el estatuto 50. 01(1g) del estado.

Procedimiento de sostén de vida: cualquier procedimiento médico o intervención que en el juicio del médico de cabecera serviría únicamente para prolongar el proceso de muerte, pero no para impedir la muerte cuando se aplica a un paciente calificado. El "procedimiento de sostén de vida" incluye ayuda con la respiración, mantenimiento artificial de la presión sanguínea y frecuencia cardíaca, transfusión sanguínea, diálisis renal y otros procedimientos similares, pero no incluye (a) El alivio del dolor mediante la administración de medicamento o mediante un procedimiento médico; (b) El proveimiento de nutrición o hidratación.

DECLARACIÓN PARA LOS MÉDICOS (TESTAMENTO EN VIDA DEL ESTADO DE WISCONSIN)

YO,_____ , en pleno uso de mis facultades, voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no debe ser prolongada en las circunstancias indicadas en este documento. En esas circunstancias, yo instruyo que se me permita morir de manera natural. Si no puedo dar instrucciones acerca del uso de procedimientos de sostén de vida o tubos para la alimentación, es mi intención que mi familia y mi médico respeten este documento como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico.

1. Si me encuentro en un **ESTADO TERMINAL**, determinado por 2 médicos que me han examinado personalmente, no deseo que mi muerte se prolongue artificialmente y no deseo que se haga uso de procedimientos de sostén de vida. Además, las siguientes son mis instrucciones sobre el uso de tubos para la alimentación:

_____ SÍ, deseo que se usen tubos para la alimentación si me encuentro en un estado terminal.

_____ NO, no deseo que se usen tubos para la alimentación si me encuentro en un estado terminal.

Si no marca ninguno de los dos, se usarán tubos para la alimentación.

2. Si me encuentro en un **ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE**, determinado por 2 médicos que me han examinado personalmente, las siguientes son mis instrucciones sobre el uso de procedimientos de sostén de vida:

_____ SÍ, deseo que se utilicen procedimientos de sostén de vida si me encuentro en un estado vegetativo persistente.

_____ NO, no deseo que se utilicen procedimientos de sostén de vida si me encuentro en un estado vegetativo persistente.

Si no marca ninguno de los dos, se usarán procedimientos de sostén de vida.

3. Si me encuentro en un **ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE**, determinado por 2 médicos que me han examinado personalmente, las siguientes son mis instrucciones sobre el uso de tubos para la alimentación:

_____ SÍ, deseo que se usen tubos para la alimentación si me encuentro en un estado vegetativo persistente.

_____ NO, no deseo que se usen tubos para la alimentación si me encuentro en un estado vegetativo persistente.

Si no marca ninguno de los dos, se usarán tubos para la alimentación.

Si está interesado en más información sobre los términos importantes usados en este documento, consulte la sección 154.01 de los estatutos de Wisconsin o la información adjunta a este documento.

ATENCIÓN: Usted y los dos testigos tienen que firmar el documento al mismo tiempo.

Firmado _____ Fecha _____

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

Considero que la persona que firma este documento tiene uso pleno de sus facultades. Soy un adulto y no tengo parentesco sanguíneo, por matrimonio ni adopción con la persona que firma este documento. No tengo derecho ni tengo un reclamo de ninguna porción de la herencia de la persona y tampoco existen restricciones por ley para que actúe como testigo.

Firma del testigo _____ Fecha de la firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

Firma del testigo _____ Fecha de la firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

DIRECTIVAS AL MÉDICO DE CABECERA

1. Este documento autoriza que se niegue o retire los procedimientos de sostén de vida o de los tubos para la alimentación cuando 2 médicos, uno de ellos siendo el médico de cabecera, han examinado personalmente y certificado por escrito que el paciente se encuentra en un estado terminal o en un estado vegetativo persistente.

2. Un adulto competente tomó las decisiones expresadas en este documento. Según la ley, los deseos presentados por el paciente deben ser seguidos a menos que usted crea que negando o retirando los procedimientos de sostén de vida o los tubos para la alimentación le causaría dolor al paciente o se reduciría su comodidad y el dolor o molestias no puede ser aliviado mediante métodos de alivio del dolor. Si los deseos indicados por el paciente son que se utilicen los procedimientos de sostén de vida y los tubos para la alimentación, se debe seguir esta directiva.

3. Si usted cree que no puede acatarse a las instrucciones de este documento, debe intentar de buena fe transferir el paciente a otro médico que sí cumpliría con las instrucciones. El rehusarse o el no hacer un intento de buena fe constituye una conducta contraria a la ética profesional.

4. Si sabe que la paciente está embarazada, este documento no tiene efecto durante su embarazo.

Lista de recursos

Para obtener más información acerca de la planificación de atención médica, comuníquese con:

Alzheimer's Association of Southeastern Wisconsin (Asociación de Alzheimer del Sudeste de Wisconsin)
Southeastern Wisconsin
6130 W. National Avenue, Suite 200
Milwaukee, WI 53214-3254
(414) 479-8800
(800) 922-2413
www.alzheimers-sewi.org

Center for the Study of Bioethics
(Centro para el estudio de bioética)
Medical College of Wisconsin
8701 Watertown Plank Road
Milwaukee, WI 53226
(414) 456-8498
www.mcw.edu/bioethics

Elder Law Center/Coalition of Wisconsin Aging Groups
2850 Dairy Drive, Suite 100
Madison, WI 53718
(608) 224-0606
www.cwag.org

State Bar of Wisconsin
5302 Eastpark Blvd.
P.O. Box 7158
Madison, WI 53707-7158
(800) 728-7788
www.wisbar.org
www.legalexplorer.com

Wisconsin Medical Society
330 E. Lakeside Street
P.O. Box 1109
Madison, WI 53701-1109
(866) 442-3800 (toll-free)
Fax: (608) 442-3802
www.wisconsinmedicalsociety.org

Wisconsin Hospital Association
5510 Research Park Drive
P.O. Box 259038
Madison, WI 53725-9038
(608) 274-1820
Fax: (608) 274-8554
www.wha.org

Department of Health and Family Services - Division of Public Health (Departamento de Salud y Servicios para la Familia de Wisconsin - División de Salud Pública)
1 W. Wilson Street
P.O. Box 2659
Madison, WI 53702
(608) 266-1251

Para obtener más información acerca de la donación de órganos y tejidos, comuníquese con:

Allograft Resources, Inc.
3553 University Ave.
Madison, WI 53705
(608) 231-9050

Lions Eye Bank of Wisconsin, Inc.
2302 International Lane, Suite 200
Madison, WI 53704-3157
(877) 233-2354 toll-free
(608) 233-2354
Fax: (608) 233-2895
www.eyebankwis.com

National Kidney Foundation of Wisconsin (Fundación Nacional Renal de Wisconsin)
16655 W. Bluemound Rd, Suite 240
Brookfield, WI 53005-5935
(262) 821-0705
(800) 543-6393 toll-free
www.kidneywi.org

University of Wisconsin Hospital and Clinics - Organ Procurement Organization (Hospital y clínicas de la Universidad de Wisconsin - Organización que Gestiona la Adquisición de Órganos y Tejidos)
Room F8/106
600 Highland Avenue
Madison, WI 53792
(608) 265-0356
www.uwhcopo.org

Wisconsin Donor Network
(Red de donantes de Wisconsin)
9200 W. Wisconsin Ave.
Milwaukee, WI 53226
(414) 805-2024
(800) 432-5405
www.wisdonornetwork.org

Wisconsin Tissue Bank
(Banco de Tejido de Wisconsin)
2801 W. Kinnickinnic River Pkwy.
Suite L080
Milwaukee, WI 53215
(800) 722-8230

Para obtener más información acerca de la donación de su cuerpo a la ciencia, comuníquese con:

Anatomical Gifts Registry (Inscripción para las donaciones anatómicas)
Department of Cellular Biology, Neurobiology and Anatomy –Medical College of Wisconsin (Departamento de Biología Celular, Neurobiología y Anatomía - Escuela Médica de Wisconsin)
8701 Watertown Plank Rd.
Milwaukee, WI 53226
(414) 456-8261

Universidad de Wisconsin
Medical School (Escuela Médica)
Body Donation Program (Programa de donación de cuerpos)
1300 University Ave.
Madison, WI 53706
(608) 262-2888

Universidad de Wisconsin
Medical School (Escuela Médica)
Department of Anatomy
(Departamento de Anatomía)
1300 University Ave.
Madison, WI 53706
(608) 265-3295

EN CASO DE EMERGENCIA

MI REPRESENTANTE LEGAL ALTERNO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ES:
Nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: Domicilio ( ) _____ Trabajo ( )_____
MI MÉDICO ES:
Nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: _____
_____

MI REGALO A OTRAS PERSONAS

TARJETA ESTÁNDAR DE DONANTE
Consulte el otro lado

EN CASO DE EMERGENCIA

MI REPRESENTANTE LEGAL ALTERNO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ES:
Nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: Domicilio ( ) _____ Trabajo ( )_____
MI MÉDICO ES:
Nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: _____
_____

MI REGALO A OTRAS PERSONAS

TARJETA ESTÁNDAR DE DONANTE
Consulte el otro lado

Nota importante: Guarde estas tarjetas en su cartera después de haber finali-zado los documentos.

EN CASO DE EMERGENCIA

TENGO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA:
Mi nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: _____
MI DIRECTIVA ANTICIPADA ESTÁ ARCHIVADA EN:
Ubicación: _____
Dirección:_____
Teléfono: _____
MI REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ES:
Nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: Domicilio ( ) _____ Trabajo ( )_____
Fecha: _____

MI REGALO A OTRAS PERSONAS

TARJETA ESTÁNDAR DE DONANTE

YO,_____
al morir deseo donar:

☐ los órganos y tejidos necesarios

☐ únicamente los siguientes órganos y tejidos

_____

Firma del donante:_____
Fecha: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

TENGO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA:
Mi nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: _____
MI DIRECTIVA ANTICIPADA ESTÁ ARCHIVADA EN:
Ubicación: _____
Dirección:_____
Teléfono: _____
MI REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ES:
Nombre:_____
Dirección:_____
Teléfono: Domicilio ( ) _____ Trabajo ( )_____
Fecha: _____

MI REGALO A OTRAS PERSONAS

TARJETA ESTÁNDAR DE DONANTE

YO,_____
al morir deseo donar:

☐ los órganos y tejidos necesarios

☐ únicamente los siguientes órganos y tejidos

_____

Firma del donante:_____
Fecha: _____

¿Dónde puedo comprar copias adicionales de la guía del consumidor *Un regalo para su familia* ?

State Bar of Wisconsin (Asociación de Abogados de Wisconsin)
Attn: Life Planning
P.O. Box 7158
Madison, WI 53703-7158
(800) 728-7788

También están disponibles copias adicionales de la guía del consumidor *Un regalo para su familia*, incluso el Poder notarial para la atención médica y Declaración a los médicos, en Internet de manera gratuita, en el sitio Web de la Asociación estatal de abogados de Wisconsin:

www.wisbar.org

www.legalexplorer.com

Copatrocinado por:

Wisconsin Medical Society
Your Doctor. Your Health.

Wisconsin Health & Hospital Association

State Bar of Wisconsin® | Wisconsin Lawyers
Expert Advisers. Serving You.

Esta guía para el consumidor es cortesía de:

G452S-Cvr 3/05

Un regalo para su familia