

## **Directivas Anticipadas**

**Las Directivas Anticipadas son instrucciones escritas que comunican sus deseos de la atención y tratamiento que usted desea en caso que llegue a un punto donde ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención de salud.**

Todas las instalaciones de atención de la salud que reciban pagos de Medicare y Medi-Cal deben ofrecer a los pacientes la información por escrito referente a 1) su derecho de aceptar o rechazar el tratamiento y 2) su derecho de preparar las directivas anticipadas. La ley no requiere que tenga o haga una directiva anticipada.

Según la ley de California, los adultos con capacidad de tomar sus decisiones tienen el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento médico o los procedimientos para sostener la vida. La nutrición e hidratación artificial se encuentran entre los procedimientos médicos que usted tiene derecho de aceptar o rechazar.

### **Razón por la cual podría preparar una directiva anticipada**

- Para asegurar que recibe la atención y los servicios que desea.
- Para asegurar el rechazo de un tratamiento en una etapa determinada, si previamente ha declarado sus intenciones de hacerlo.
- Para designar a la persona que le gustaría que tomara decisiones en su nombre.
- Para asegurar que la familia y los amigos entiendan sus deseos referentes a la atención de la salud. Si no deja en claro sus deseos, es posible que los miembros de su familia y sus amigos no se pongan de acuerdo respecto al tipo de atención y tratamiento que usted quisiera. Es posible que sus deseos no se lleven a cabo, puesto que un conflicto puede conducir a un prologado retraso judicial.

**Al estar preparado con una directiva avanzada, usted puede indicar que tipos de tratamiento quiere, y quien quiere que hable por usted.**

### **Poder notarial duradero para la atención de la salud**

Este es un documento legalmente obligatorio que permite que la persona que usted elija (el "agente") tome decisiones de salud por usted en caso que usted ya no pueda tomar dichas decisiones. Debe de seleccionar a una persona que lo conozca bien, y en quien usted confíe. Su agente puede ser un familiar o un amigo, pero no debe ser su médico a cargo. El Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud permite que su agente tome cualquier decisión de atención de la salud por usted ya no pueda decidir. Esto incluye las decisiones médicas de rutina, así como decisiones más complicadas. Su agente puede incluso decidir retirar o negar los procedimientos para sostener la vida si le otorga su agente esa autoridad.

Para que sea válido, el documento debe estar firmado por usted. También deben atestiguarlo dos testigos adultos calificados.

Aquellas personas no elegibles para ser testigos son: su médico, enfermera, su empleado o cualquier otro profesional de la atención de la salud.

- Usted NO necesita un abogado para llenar un Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud.
- El Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud le permite a usted declarar por escrito su deseo de recibir o no recibir tratamiento para sostener la vida bajo ciertas condiciones. Puede incluir las instrucciones que desee referentes a la atención de la salud.

### **La ley de la muerte natural**

Esta es otro tipo de directiva avanzada que frecuentemente se denomina “Declaración”. Este documento NO requiere que nombre a un agente para tomar las decisiones de salud por usted.

La Declaración es para enfermos terminales. Aunque todavía tenga la capacidad para tomar decisiones, puede firmar una Declaración que le indique a sus médicos que no desea tratamiento alguno que pudiera prolongar el proceso de morir. La Declaración se debe respetar en estas circunstancias:

- Si entra en un estado de inconsciencia permanente o en una condición terminal (certificada por dos médicos)
- Si en el momento no puede tomar sus propias decisiones de atención de la salud.

Aquellas personas que sean testigos de la firma de la Declaración deben cumplir con los mismos requisitos necesarios para el Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud.

### **¿Necesito un formulario especial para este Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud?**

Si. Utilice el formulario para un Poder Notarial Duradero para la Atención de la Salud, no un Poder Notarial Duradero simple. Puede preguntar por el formulario a su médico, enfermera o trabajador social.

La California Medical Association ha impreso formularios que cumplen con los requisitos legales. California Medical Assc. PO Box 7690, San Francisco, CA 94120-7690. 415-882-5175. [www.cma.org](http://www.cma.org)

Muchas papelerías tienen los formularios. En todos estos lugares los formularios tienen un pequeño costo.

### **Otros Documentos**

**Otros documentos que ayudan a determinar sus deseos de atención de la salud en el caso que usted ya no pueda tomar dichas decisiones por si mismo:**

**“NO RESUCITAR”** Este formulario permite a su medico retener las “medidas de resucitación”, en caso que así fuera su deseo. Debe estar firmado por usted, su medico y un cirujano. La ley no requiere testigos ni notarizacion. Nadie puede obligarle a firmar una orden de “NO RESUCITAR”.

**“PREFERENCIA POR LA INTENSIDAD DE LA ATENCIÓN”** Este es un documento para indicar sus preferencias de atención bajo circunstancias especiales. Antes de crear este documento debe tener lugar una conversación con su medico y/o representante legal.

**“TESTAMENTO EN VIDA”** Este indica su deseo de recibir o no recibir tratamiento medico para sostener la vida bajo ciertas circunstancias. Un testamento en vida NO es un acuerdo legalmente obligatorio, aunque a menudo se acepta como una declaración precisa de los deseos de uno.



**HI-DESERT**  
 FAMILY HEALTH CLINICS  
HI-DESERT MEMORIAL HEALTH CARE CENTER

**RECONOCIMIENTO**

**Yucca Valley Office**  
 58375 29 Palms Highway  
 Yucca Valley, CA 92284  
 (760) 365-9305 Fax (760) 365-9309

**Twentynine Palms Office**  
 72724 29 Palms Hwy., Suite 103  
 Twentynine Palms, CA 92277  
 (760) 367-5906 Fax (760) 367-5986

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

***Los Directivos Avanzados***

Este documento es un reconocimiento que el medico o los miembros de su oficina me han dado información sobre los directivos avanzados.

1. Tengo 18 años o más.  Sí  No
  
2. Entiendo que tengo la opción de formar mis propios directivos avanzados sobre mi tratamiento médico. Mi médico me ha dado información sobre estos directivos avanzados. Entiendo que es mi responsabilidad de presentar a mi médico, cualquier documento necesario para llevar a cabo mis directivos avanzados.
  
3. Entiendo que un directivo avanzado puede ser cualquiera de los documentos que siguen:
  - a. Poder Notarial Duradero Para la atención de la Salud.
  - b. La Declaración en la Ley de la Murete natural, por ejemplo, Testamento en Vida.
  - c. Puedo escribir mis deseos en un papel para que mi familia use este documento en tomar decisiones necesarias sobre mi tratamiento médico, en el evento que no puedo hacerlo yo mismo.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Este documento se pone un parte del expediente medico.**