Sus Derechos para Tomar Decisiones sobre el Cuidado de la Salud y Preguntas Hechas a Menudo

Un Resumen de las Leyes de Connecticut Preparado en Gran Parte por la Oficina del Procurador General para el Departamento de Servicios Sociales de CT

- Tiene el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de salud con respecto al cuidado médico que recibe. Si no quiere ciertos tratamientos, tiene el derecho de decirle a su médico que no los quiere y de que se cumpla con lo que usted desea.
- También tiene el derecho de recibir información de su médico que le ayude a llegar a una decisión sobre cuál cuidado medico se le va a proveer.
- Sin embargo, puede llegar un momento en que no pueda participar activamente en la determinación de su tratamiento debido a una enfermedad grave, lesión u otra incapacidad.

1. ¿Tengo el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud?

Sí. Los pacientes adultos de Connecticut tienen el derecho de determinar cuál tratamiento médico -si alguno-, van a recibir. Si puede entender la naturaleza y consecuencias de las decisiones sobre el cuidado de su salud que se le está pidiendo que haga, puede estar de acuerdo con un tratamiento que quizás pueda ayudarle o puede rechazar el tratamiento, hasta si el tratamiento le puede mantener vivo(a) por más tiempo.

2. ¿Tengo el derecho a información que necesito para poder tomar una decisión sobre el cuidado de mi salud?

Sí. Los médicos tienen la responsabilidad de proveer a los pacientes la información que les puede ayudar a tomar una decisión. Su médico le puede explicar:

- cuáles tratamientos le pueden quizás ayudar;
- cómo le puede afectar cada tratamiento; es decir, cómo le puede ayudar y qué problemas serios o efectos secundarios –si algunos- es probable que cause el tratamiento;
- qué puede pasar si decide no recibir tratamiento.

Su médico puede recomendarle también cuál tratamiento –si alguno- es indicado desde el punto de vista médico pero es usted quien tiene que tomar la decisión final. Se le está proporcionando toda esta información para que pueda ejercer sabiamente su derecho de decidir su tratamiento.

3. ¿Qué es una “advance directive” (directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud)?

La “directiva para provisiones futuras del cuidado de la salud” es un documento legar mediante el cual usted puede proporcionar sus directivas o indicar sus preferencias con respecto al cuidado de su salud y / o nombrar a alguien para que actúe a su nombre. Los médicos y otros los usan cuando usted es incapaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre su tratamiento médico.

Se preparan las directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud antes de que suceda cualquier condición o circunstancia que cause que usted sea incapaz de tomar una decisión activamente sobre el cuidado de su salud.

En Connecticut, las directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud incluyen:

- el testamento vital e instrucciones sobre el cuidado de la salud
- el nombramiento de un(a) representante para el cuidado de la salud

4. ¿Estoy obligado(a) a tener una directiva para provisiones futuras del cuidado de la salud?

No. No tiene que hacer un testamento vital ni otro tipo de directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud para recibir cuidado médico o ser ingresado(a) en un hospital, centro para cuidado de ancianos o cualquier otro centro de cuidado de la salud. No se le puede negar cuidado médico o ingreso a nadie en base a si han firmado un testamento vital o cualquier otro tipo de directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud.

Si alguien se niega a proporcionarle cuidado médico o ingresarlo(a) a menos que firme un testamento vital o cualquier otro tipo de directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud, póngase en contacto con el Departamento de Salud Pública en Hartford, Connecticut al 860-509-7400.

5. ¿Qué es un “testamento vital”?

Un “testamento vital” es un documento que puede declarar lo que usted desea con respecto a cualquier tipo de cuidado de salud que pueda recibir. Si estuviera en una condición de fase terminal o permanentemente inconsciente, el testamento vital le puede decir también a su médico si usted quiere "life support systems" (“equipos de mantenimiento de vida”) a fin de mantenerlo(a) vivo(a), o si no quiere recibir dicho tratamiento hasta si el resultado es su fallecimiento. Entra en vigencia un testamento vital sólo cuando usted no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre su cuidado médico.

6. ¿Qué quieren decir “condición en fase terminal” y “permanentemente inconsciente”?

Un(a) paciente está en una " condición de fase terminal" cuando el medico determina que el o la paciente está en una condición que es (1) incurable o irreversible y (2) dará por resultado el fallecimiento en un período de tiempo relativamente corto si no se proporcionan los equipos de mantenimiento de vida. "Permanentemente inconsciente " quiere decir una coma permanente o un estado vegetativo persistente en los que el o la paciente no está consciente de sí mismo(a) o de lo que le rodea y está insensible.

7. ¿Qué es el “life support system” (“equipo de mantenimiento de vida”)?

Un “equipo de mantenimiento de vida” es una forma de tratamiento que sólo retrasa el tiempo de su fallecimiento o le mantiene en un estado de inconsciencia permanente. Los equipos de mantenimiento de vida pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- aparatos como respiradores y de diálisis;
- resucitación cardio-pulmonar (CPR en inglés);
- alimentos y fluidos suministrados por modos artificiales, como tubos de alimentación y fluidos intravenosos.

No incluyen:

- modos normales de comer y beber, como comer con la ayuda de otra persona o a través de una pajita (sorbete); o
- medicamentos que ayudan a manejar el dolor.

8. ¿Recibiré medicamentos para el dolor si tengo un testamento vital?

Sí. Un testamento vital no afecta el **requisito** que su médico le provea medicamentos para el dolor, o cuidado que sólo tiene el propósito de mantener su comodidad física (por ejemplo, cuidado programado para mantener la circulación o la salud de su piel y músculos). Este tipo de cuidado **tiene que** ser provisto cada vez que sea apropiado.

9. ¿Qué es un "representante para el cuidado de la salud"?

Un "representante para el cuidado de la salud" es una persona a quien usted autoriza por escrito para que tome cualquiera y todas las decisiones sobre el cuidado de su salud a nombre de usted, incluso la decisión de no usar o retirar los equipos de mantenimiento de vida. **El representante para el cuidado de la salud no actúa a menos que usted no esté en capacidad de tomar o comunicar sus decisiones sobre el cuidado médico.** El representante para el cuidado de la salud tomará decisiones a su nombre en base a sus deseos así como estén declarados en un testamento vital o su representante para el cuidado de la salud lo sepa de otro modo. En el caso en que no estén claros sus deseos o surje una situación que usted no anticipó, su representante para el cuidado de su salud tomará una decisión que más conviene a los intereses de usted, basándose en lo que se sabe de sus deseos.

10. ¿Qué tipo de decisiones sobre tratamiento puede tomar un(a) representante para el cuidado de la salud?

Un(a) representante para el cuidado de la salud puede tomar cualquiera y todas las decisiones sobre el cuidado para su salud, incluso la decisión de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento que se use para diagnosticar o tratar cualquier condición física o mental. El representante para el cuidado de la salud puede tomar también la decisión de que se proporcionen, no se usen o se retiren los equipos de mantenimiento de vida. El representante para el cuidado de su salud no puede tomar ninguna decisión sobre ciertos tratamientos específicos que por ley tienen requisitos especiales.

11. ¿Cómo va a saber el representante para el cuidado de mi salud cuándo empezar a participar en la toma de decisiones por mí?

En cualquier momento después que nombra al representante para el cuidado de su salud, el representante para el cuidado de su salud puede pedirle al médico que lo o la atiende que le proporcione una notificación por escrito si su médico determina que usted no está en capacidad de tomar o comunicar sus decisiones sobre su cuidado médico. Hasta si su representante para el cuidado de su salud no lo hace, sus proveedores de cuidado de salud por lo general van a buscar cómo ponerse en contacto con su representante para el cuidado de su salud una vez que hayan determinado que no está en capacidad de tomar o comunicar sus decisiones sobre su cuidado médico.

12. ¿Qué es un “conservator of the person”(protector(a) de la persona”?

Un(a) "protector(a) de la persona" es alguien nombrado por la Corte (Tribunal) Sucesoria cuando la corte decide que la persona no está en capacidad de cuidarse a sí mismo(a), incluso la incapacidad de tomar decisiones sobre su cuidado médico. Se llama “ward” (persona bajo tutela judicial) a la persona protegida por la corte.

El o la protectora de la persona tiene la responsabilidad de asegurarse que se están tratando las necesidades de salud y seguridad de la persona bajo tutela judicial, y por lo general tiene también el poder de dar consentimiento para el cuidado médico, tratamiento y servicios a la persona bajo tutela judicial.

Si usted nombra protector(a) más tarde, esta persona debe seguir las instrucciones para el cuidado de su salud así como expresadas en un testamento vital o conocidas por otras vías por su protector(a) y dadas por usted mientras podía tomar y comunicar decisiones sobre el cuidado de su salud. Además, el protector(a) no puede revocar sus directivas para provisiones futuras del cuidado de su salud sin una orden de la corte sucesoria.

13. ¿Cómo se toman las decisiones si tengo tanto un(a) representante para el cuidado de mi salud como un protector(a)?

Por lo general se seguirá la decisión del representante para el cuidado de la salud si el protector(a) y el representante para el cuidado de la salud están en desacuerdo a menos que la corte sucesoria decida de otra forma. Puede que no aplique esta regla cuando el protector(a) ha sido nombrado(a) bajo alguna situación especial.

14. ¿Qué directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud debiera tener?

Si quiere estar seguro(a) que se conocen sus deseos sobre su cuidado médico si no los puede expresar usted mismo(a), debiera tener un testamento vital y debiera nombrar también a un representante para el cuidado de su salud. Cada una de estas directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud tiene una importancia especial. Si usted no está en capacidad de tomar o comunicar sus preferencias en cuanto a su cuidado médico, el médico probablemente se va a fijar primero en su testamento vital como fuente de sus deseos. Su representante para el cuidado de su salud puede tomar decisiones a nombre de usted de conformidad con lo que está declarado en su testamento vital. En situaciones no tratadas por su testamento vital, su representante para el cuidado de su salud puede tomar una decisión que sea en el mejor interés de usted y que sea consistente con lo que se sabe sobre sus deseos.

15. ¿A quiénes puedo nombrar de representante para el cuidado de mi salud o mi protector(a)?

Si lo desea, puede nombrar de representante para el cuidado de salud y de protector(a) a la misma persona [si éste(a) se hace necesario]. Las siguientes personas **no pueden** ser nombradas de representante para el cuidado de su salud:

- su médico;
- si es paciente en un hospital o casa para cuidado de ancianos o si ha pedido ingreso, los operadores, administradores y empleados del sitio; y
- un administrador o empleado de una agencia gubernamental que tiene la responsabilidad de pagar por su cuidado médico.

Aparte de esas restricciones, puede nombrar a cualquier persona que usted piensa que es apropiada para servir de representante para el cuidado de su salud. Naturalmente, debe hablar con la persona a la que tiene la intención de nombrar y asegurarse de que está dispuesta a servir y actuar de acuerdo con sus deseos.

16. ¿Necesito abogado para preparar directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud?

No. No necesita abogado para preparar una directiva para provisiones futuras del cuidado de la salud. Puede usar los formularios (formas) adjuntos.

17. ¿Necesito notario para crear una directiva para provisiones futuras del cuidado de la salud?

Con la excepción del formulario (forma) opcional, el formulario que se necesita para crear su directiva para provisiones futuras del cuidado de la salud no requiere del uso de notario. Un formulario adicional opcional (el affidávit de testigos) requiere de notario público o abogado a fin de verificar la firma de los testigos. Se trata este formulario en más detalle en la próxima sección. Si tiene preguntas sobre asuntos legales, debe consultar a un abogado.

18. ¿Tengo que firmar mis directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud delante de testigos?

Sí. Tiene que firmar el documento en presencia de dos testigos para que las directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud sean válidas. Entonces firman el formulario los testigos.

Se provee un formulario (forma) opcional para el testamento vital y el nombramiento del representante para el cuidado de la salud – Affidávit de Testigos. Aunque no se requiere llenar este formulario para que el resto de sus formularios sean válidos, se sugiere fuertemente que se lo complete. Es la declaración jurada por sus testigos que le vieron firmar el testamento vital, que estaba en pleno uso de sus facultades y que lo escogía de acuerdo con su propia voluntad. En el caso que haya un desacuerdo con respecto a su testamento vital o nombramiento de un representante para el cuidado de su salud, las declaraciones juradas dan apoyo a su validez y por tanto los testigos no van a tener que testificar en persona. Esta declaración jurada (affidávit) requiere el uso de un notario público o un abogado. Ningún otro formulario requiere el uso de un notario público o un abogado.

19. ¿Quién puede servir de testigo para mi firma en las directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud?

Por lo general, las leyes de Connecticut no indican quien puede o no puede ser testigo de sus directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud. Una excepción importante es que la persona a quien nombra representante para el cuidado de su salud o de su protector(a) no puede servir de testigo de su firma en el formulario de nombramiento.

20. ¿Qué debo hacer una vez que completo las directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud?

Les debe indicar a las siguientes personas que ha completado una directiva para provisiones futuras del cuidado de la salud y darles copias de las directivas que ha preparado a:

- su médico;
- la(s) persona(s) a quien o quienes ha nombrado representante(s) para el cuidado de su salud;
- cualquier persona que dará a conocer la existencia de sus directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud si no lo puede hacer usted mismo(a), como miembros de la familia, amigos cercanos, su clérigo o su abogado.

Debe también llevar copias cuando le ingresen en un hospital, casa de cuidado de ancianos u otro sitio de cuidado de salud. Las copias formarán parte de su récord médico.

21. ¿Puedo revocar las directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud después de completarlas?

Sí. Puede revocar su testamento vital o nombramiento de un representante para el cuidado de su salud en cualquier momento. Si firma un nuevo testamento vital, este puede revocar cualquier testamento vital que haya hecho con anterioridad. También, se puede revocar la porción de testamento vital sea oralmente o por escrito.

NOTA: Sin embargo, para revocar la porción de su nombramiento de un representante para el cuidado de su salud, lo tiene que hacer por escrito, y que esto sea observado y firmado por dos testigos a fin de que la revocación sea válida.

¡No se olvide – dígaselo a su médico y otros que tienen copias de sus directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud cada vez que revoca unas directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud!

Puede revocar una designación de protector(a) sea por escrito o mediante una nueva designación que declara que se han revocado las designaciones anteriores. Es aconsejable que ponga cualquier revocación por escrito. Sin embargo, una vez que una corte (tribunal) ha nombrado protector(a), no se le puede revocar sin una orden de la corte.

22. ¿Si ya tengo un testamento vital o he nombrado a alguien representante para el cuidado de mi salud, necesito uno nuevo?

No. Los estatutos de Connecticut para testamentos vitales fueron cambiados a partir del 1 de octubre de 2006. Si su testamento vital u otras directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud, como un agente para el cuidado de su salud o un apoderado para el cuidado de su salud, fueron completados antes de esa fecha siguen siendo válidos aunque son un poco diferentes a las nuevas directivas para provisiones futuras del cuidados de la salud.

El 1 de octubre de 2006 el representante para el cuidado de la salud reemplazó el nombramiento de un agente de cuidado de la salud y a un apoderado para el cuidado de la salud. El representante para el cuidado de la salud es de hecho una combinación de estos dos tipos de directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud. El nuevo testamento vital deja en claro que se puede usar el testamento vital para que usted provea las instrucciones con respecto a cualquier tipo de cuidado de salud, y no sólo los equipos de mantenimiento de vida.

23. ¿Si no tengo una directiva para provisiones futuras del cuidado de la salud, como van a ser considera mis deseos si no tengo la capacidad de hablar por mí mismo(a)?

Si no está en capacidad de tomar y comunicar sus decisiones con respecto a su cuidado médico y ni tiene un testamento vital, su médico puede consultar a otras personas a fin de determinar cuáles son sus deseos con relación a no usar o retirar los equipos de mantenimiento de vida. Si ha conversado sobre sus deseos con su médico, éste, naturalmente, va a saber cuáles son los deseos que usted ha declarado. Su médico le puede preguntar también a su representante para el cuidado de su salud, a su pariente más cercano o a familiares cercanos y a su protector(a), si se ha nombrado uno(a), lo que usted les ha dicho sobre sus deseos con respecto a no usar o retirar los equipos de mantenimiento de vida. Si se desconocen sus deseos, se tomarán decisiones en ese caso en base a los mejores intereses de usted.

No se recomienda que dependa de instrucciones orales para esos individuos para hacer saber cuáles son sus deseos. Si no hay un testamento vital, se requiere que esas instrucciones sean específicas y es posible que se las tenga que probar en la corte (tribunal). Es aconsejable que complete un testamento vital o nombre a un representante para el cuidado de su salud si quiere estar seguro(a) que se entenderá cuáles son sus deseos y que serán conocidos en caso que no esté en capacidad de declararlos usted mismo(a).

24. ¿Qué es un documento de un regalo anatómico?

Es un documento en el que hace un regalo de todas o algunas partes de su cuerpo para que tenga vigencia en ocasión de su fallecimiento. Todos los adultos pueden hacer un regalo anatómico por escrito, incluso por medio de un testamento vital, una tarjeta de donante o una declaración impresa o adjunta a una licencia de manejo de vehículos de motor de un individuo. Se puede hacer un regalo anatómico para propósitos de trasplantes, terapia, investigaciones, educación médica o dental, o adelantos en la ciencia médica y la dental. Si no limita el propósito del regalo a uno o algunos de esos usos, se puede usar el regalo para cualquiera de esos propósitos. Puede elegir quien debe recibir el regalo: un hospital, médico, universidad o un grupo de obtención de órganos. También puede especificar que se debe usar el regalo para un trasplante o terapia para una persona en particular. Si no se nombra a alguien para que sea quien reciba el regalo, cualquier hospital lo puede hacer.

25. ¿Puedo revocar un regalo anatómico?

Sí. Se puede revocar o cambiar un regalo anatómico sólo por medio de (1) una declaración firmada; (2) una declaración oral en presencia de dos testigos; (3) o informándoselo a su médico si está en fase terminal. No se puede revocar un regalo anatómico después de la muerte del donante.

26. ¿Y si tengo más preguntas?

Si tiene cualesquier preguntas sobre directivas para provisiones futuras del cuidado de la salud, discútalas con su médico y familia. Es posible que le puedan ayudar un(a) trabajador(a) social, un representante para el cuidado de la salud o un capellán pero no le pueden proporcionar consejos legales. Si tiene preguntas de carácter legal, debe hablar con su abogado.

Cómo Completar las Instrucciones Consolidadas del Cuidado de la Salud y el Formulario (Forma) de Directivas para Provisiones Futuras del Cuidado de la salud

Encontrará inmediatamente después de estas directivas el formulario (forma) titulado "Instrucciones Consolidadas del Cuidado de Salud y Directivas para Provisiones Futuras del Cuidado de la Salud". **Éste es un documento legal que va a querer completar a fin de poner por escrito sus planes para el cuidado de su salud.** Aunque el formulario le permite hacer un testamento vital, nombrar a un representante para el cuidado de su salud, nombrar un(a) protector(a) de la persona y hacer un regalo anatómico (donación de órgano), no tiene que hacer todas estas tres cosas. Si no quiere completar cualquier sección en particular, ponga sus iniciales en la línea provista en esa sección.

Página 1:

► En la parte superior de la página, en las líneas por encima de "(Nombre en Letras Grandes)" y "Dirección," ponga sus nombres completos y dirección en letras grandes.

► **En Sección I (Nombramiento de un representante para el cuidado de la salud) --**

Párrafo A: Si NO quiere nombrar un representante para el cuidado de su salud, ponga sus iniciales en la línea provista;

Párrafo B: Si SÍ quiere nombrar un representante para el cuidado de su salud, ponga en letras grandes el nombre y dirección de esa persona en las líneas provistas después de "Nombro a ___".

Página 2:

Párrafo C: Si tiene también a una persona a la que quiere nombrar en caso que el representante para el cuidado de su salud no esté en capacidad de servir, llene las siguientes líneas provistas.

► **En Sección II (Instrucciones para Testamento Vital o Cuidado de la Salud) --**

Párrafo A: Si NO quiere proveer Instrucciones de Cuidado de la Salud, ponga sus iniciales en la línea provista;

Párrafo B: Si SÍ quiere proporcionar Instrucciones para el Cuidado de la Salud, ponga sus nombres completos con letras grandes en la línea provista;

Párrafo C:

Párrafo 1: Si NO quiere NINGÚN equipo de mantenimiento de vida, ponga sus iniciales en la línea provista;

Página 3:

Párrafo 1b: Si SÍ quiere cualquiera de los tres equipos de mantenimiento de vida listados u otros que usted puede escribir en las listas provistas, ponga sus iniciales al lado contrario bajo la columna "Proveer".

Párrafo 2: Haga el favor de incluir en la línea provista cualesquier otras peticiones específicas sobre el cuidado de su salud.

► **En Sección III (Documento sobre Regalo Anatómico) --**

Párrafo A: Si NO quiere hacer un regalo anatómico en esta ocasión, ponga sus iniciales en la línea provista;

Párrafo B: Si SÍ quiere hacer un regalo anatómico, ponga sus iniciales en la línea provista;

Párrafo 1: A fin de especificar cuáles son los regalos anatómicos que quiere dar, ponga sus iniciales inmediatamente después de (a) O (b); y

Página 4:

Párrafo 2: A fin de especificar el propósito de la donación, ponga sus iniciales inmediatamente después de (a) para propósitos generales O (b) para propósitos limitados, e indique el propósito específico en las líneas provistas.

► **En Sección IV [La Designación de un(a) Protector(a) de la Persona] --**

Párrafo A: Si NO quiere designar a una persona para que se la nombre protector(a) de usted en caso de que se necesite nombrar a alguien posteriormente, ponga sus iniciales en la línea indicada;

Párrafo B: Si SÍ designar a una persona para que se la nombre protector(a) de usted, ponga el nombre y dirección de la persona en las líneas provistas;

Párrafo C: Si tiene también a una persona a la que quiere nombrar en caso que su selección original no esté en capacidad de servir, llene las siguientes líneas provistas.

► **En Sección V (Capacidad de Ejecutar el Documento – Firma) --**

Debe firmar y poner la fecha y sus nombres completos con letras grandes en presencia de DOS (2) testigos en los espacios provistos. Los testigos pueden ser parientes pero NO PUEDEN ser alguien —incluso un pariente- a quien haya designado representante para el cuidado de su salud o protector(a).

Página 5: Bajo “Declaraciones de Testigos” tiene que poner sus nombres completos con letras grandes en la primera línea. Los testigos tienen que firmar entonces en las líneas provistas y escribir sus nombres y direcciones con letras grandes en las líneas provistas debajo de sus firmas.

FORMULARIO (FORMA) OPCIONAL Página 6:

► **Affidávit de los Testigos--**

Se conoce esta página con el nombre de “un documento de auto prueba”. Aunque es opcional llenar esta página, se le recomienda fuertemente que lo haga. Si se la llena apropiadamente, los individuos que han servido de testigos de su documento no van a tener que testificar en persona si se pone en duda la validez de este documento en la corte.

Si escoge hacer que se complete, los testigos deben firmar en presencia de un notario público o abogado con aprobación para ejercer la profesión de abogado en Connecticut.

Estado de Connecticut

INSTRUCCIONES CONSOLIDADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y DIRECTIVAS PARA PROVISIONES FUTURAS DEL CUIDADO DE LA SALUD DE

_____

(Nombre con letras grandes)

_____

(Dirección)

Estado de Connecticut

INSTRUCCIONES CONSOLIDADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y DIRECTIVAS PARA PROVISIONES FUTURAS DEL CUIDADO DE LA SALUD DE

_____
(Nombre con letras grandes)

_____
(Dirección)

Para cualquier médico que me está tratando, este documento contiene lo siguiente:

I. Nombramiento de un Representante para el Cuidado de Mi Salud

II. Testamento Vital e Instrucciones para el Cuidado de Mi Salud

III. Documento de Regalo Anatómico

IV. Designación de un Protector(a) de la Persona para Mi Futura Incapacidad

En su calidad de médico mío, puede guiarse por estas instrucciones y decisiones para el cuidado de mi salud hechas por mi representante para el cuidado de mi salud o protector(a) de mi persona si no estoy en capacidad de tomar una decisión por mí mismo(a).

I. NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

A. ►_____ Por mis iniciales de aquí escojo NO nombrar un representante para el cuidado de mi salud.

FAVOR DE SÍRVASE IR A LA SIGUIENTE SECCIÓN; o

B. Nombro a _____ cuya dirección es _____ para ser mi representante para el cuidado de mi salud. Si el médico que me trata determina que no estoy en capacidad de entender y darme cuenta de la naturaleza y consecuencias de las decisiones sobre el cuidado de la salud y no estoy en capacidad de llegar a una decisión basada en conocimientos, y de comunicarla, con respecto a tratamiento, el representante para el cuidado de mi salud tiene autorización para hacer cualquiera y todas las decisiones sobre cuidado de salud por mí, incluso la decisión de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento que se use para diagnosticar o tratar mi condición física o mental y la decisión de proveer, no usar o retirar equipos de mantenimiento de vida, con la excepción de lo que de otro modo exigen las leyes, lo que excluye, por ejemplo, psicocirugía o terapia de electrochoque.

Le ordeno a mi representante para el cuidado de mi salud que tome decisiones a mi nombre de conformidad con mis deseos, así como está declarado en este documento o que mi representante para el cuidado de mi salud conozca de otro modo. En caso que no estén claros mis deseos, o surge una situación que no anticipé, mi representante para el cuidado de mi salud puede tomar una decisión que sea en mi mejor interés, en base a lo que se sabe sobre mis deseos.

Si _____ no está dispuesto o no está en capacidad de servir de representante para el cuidado de mi salud, nombro a _____ cuya dirección es _____ para que sea mi representante alterno para el cuidado de mi salud.

D. Doy instrucciones adicionales al médico que me atiende de, así como lo requieren las leyes, revelar a mi representante para el cuidado de mi salud información de salud protegida con respecto a mi capacidad para entender y darme cuenta de la naturaleza y consecuencias de las decisiones sobre el cuidado de la salud y de llegar a tomar decisiones basadas en conocimientos y comunicarlas sobre tratamiento que el representante lo solicite en cualquier momento después que yo firme este formulario (forma).

II. INSTRUCCIONES SOBRE EL TESTAMENTO VITAL y EL CUIDADO DE LA SALUD

A. ►_____ Por mis iniciales puestas aquí escojo NO proporcionar Instrucciones sobre el Cuidado de la Salud. **FAVOR DE SÍRVASE IR A LA SIGUIENTE SECCIÓN; o**

B. Si llega el momento en que estoy incapacitado(a) al punto que ya no puedo tomar parte activa en las decisiones sobre mi propia vida y ya no estoy en capacidad de dirigir a mi médico en cuanto a mi propio cuidado médico, deseo que esta declaración sirva de declaración de mis deseos.

Yo, _____, autor(a) de este documento, solicito que, si se considera que mi condición está en fase terminal o si se ha determinado que estoy permanentemente inconsciente, se me permita fallecer y no se me mantenga viva por medio de equipos de mantenimiento de vida.

Por condición en fase terminal quiero decir que tengo una condición médica incurable o irreversible que en la opinión del médico que me atiende dará por resultado el fallecimiento dentro de un período de tiempo relativamente corto sin la administración de equipos de mantenimiento de vida. Por permanentemente inconsciente quiero decir que estoy en una coma permanente o un estado vegetativo persistente que es una condición irreversible en la que en ningún momento estoy consciente de mí o del medio ambiente y no muestro ninguna reacción al ambiente.

C Instrucciones específicas

1. Abajo están listadas mis instrucciones con respecto a tipos particulares de equipos de mantenimiento de vida. Ésta no es una lista exhaustiva. Mi declaración general que no se me mantendrá vivo(a) por medio de equipos de mantenimiento de vida proporcionados para mí está limitada sólo por lo que he indicado abajo sobre desear que se me provea un tratamiento particular.

a. ►_____ No quiero NINGÚN tipo de equipos de mantenimiento de vida; O

b. ►_____ No quiero NINGÚN tipo de equipos de mantenimiento de vida con la EXCEPCIÓN de los siguientes:

	Proporcionar
Resucitación cardiopulmonar	_____
Respiración artificial (incluso un respirador)	_____
Modos artificiales de proporcionar nutrición e d hidratación	_____
Otro: _____	_____
_____	_____

2. Abajo están listadas mis instrucciones con respecto a otras solicitudes de cuidado de salud específicas:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

D. QUIERO suficientes medicamentos para el dolor para mantener mi comodidad física. No tengo la intención de tomarme la vida directamente sino sólo que no se prolongue mi condición de fase terminal irrazonablemente.

III. DOCUMENTO DE REGALO ANATÓMICO

A. ►_____ Por mis iniciales, aquí puestas, escojo NO dar un regalo anatómico en este momento.

FAVOR DE SÍRVASE IR A LA SIGUIENTE SECCIÓN; o

B. ►_____ Por este acto hago este regalo anatómico, si es aceptable desde el punto de vista médico, para que entre en vigor cuando suceda mi fallecimiento.

1. Doy: (marque uno)

_____ (a) cualesquier órganos o partes que se necesitan; o

_____ (b) sólo los siguientes órganos o partes: _____
_____
_____

2. para ser donados para: (marque uno)

(a) cualquiera de los propósitos declarados en la subsección (a) de sec. 19a-279f de los estatutos generales; o

_____ (b) estos propósitos limitados -- _____
_____
_____
_____
_____

IV. DESIGNACIÓN DE UN PROTECTOR(A) DE LA PERSONA PARA MI INCAPACIDAD FUTURA

A. ►_____ Por mis iniciales, aquí puestas, escojo NO designar a una persona para ser nombrada mi protector(a). **FAVOR DE SÍRVASE IR A LA SIGUIENTE SECCIÓN; o**

B. Si se hace necesario nombrar a un(a) protector(a) de mi persona, designo a _____, cuya dirección es _____ para que sea nombrado(a) mi protector(a).

C. Si esta persona no está dispuesta o no está en capacidad de servir de protector(a) mío(a), designo a _____, cuya dirección es _____ para que sea nombrado(a) mi protector(a).

D. No se requerirá de ninguno de los dos en obligacion alguna en ninguna jurisdicción.

V. CAPACIDAD PARA EJECUTAR EL DOCUMENTO - FIRMA

Están hechas estas solicitudes, nombramientos y designaciones después de una reflexión cuidadosa mientras estoy en pleno uso de mis facultades. Todas las partes que reciban una copia o facsímil debidamente ejecutado pueden confiar en la misma a menos que dicha parte haya recibido una notificación de mi revocación del mismo.

X_____ F.L. Con fecha de ___ de ___ de 20____
(Firma)
X_____
(Nombre con letras grandes)

DECLARACIONES DE TESTIGOS

Este documento fue firmado delante de mí por _____, el o la autora de este documento, quien pareció tener dieciocho o más años, y estaba en pleno uso de sus facultades y en capacidad de entender la naturaleza y consecuencias de decisiones sobre el cuidado de la salud en el momento en que se firmó este documento. El o la autora no pareció estar bajo ninguna influencia inapropiada. Hemos suscrito este documento en presencia del o la autora y a petición del o la autora y en presencia el uno del otro de nosotros.

X_____	X_____
(Firma del testigo)	(Firma del testigo)
X_____	X_____
(Nombre del testigo en letras grandes)	(Nombre del testigo en letras grandes)
X_____	X_____
(Número y calle)	(Número y calle)
X_____	X_____
(Ciudad, Estado y Código postal)	(Ciudad, Estado y Código postal)

[FORMULARIO (FORMA) OPCIONAL]

AFFIDÁVITS DE LOS TESTIGOS

ESTADO DE CONNECTICUT)
)
) ss:_____
) (Ciudad)
CONDADO DE _____)

Nosotros, los testigos suscritos, debidamente juramentados, decimos que fuimos testigos de la ejecución de estas instrucciones sobre el cuidado de la salud, el nombramiento de un representante para el cuidado de la salud, la designación de un(a) protector(a) para una incapacidad futura y un documento de regalo anatómico por el autor o autora de este documento; que el autor o autora de las mismas suscribió, publicó y declaró en presencia nuestra que eran las instrucciones, nombramientos y designación del autor(a); que después de eso suscribimos el documento con carácter de testigos en presencia del o la autora, a solicitud del o la autora y en la presencia uno del otro de nosotros; que en el momento de la ejecución de dicho documento el o la autora quien nos pareció tener dieciocho o más años, estar en pleno uso de sus facultades, en capacidad de entender la naturaleza y consecuencias de dicho documento y no estar bajo ninguna influencia inapropiada, y hacemos este affidávit a petición del o la autora este día _____ de _____ de 20____.

X_____	X_____
(Firma del testigo)	(Firma del testigo)
X_____	X_____
(Nombre del testigo en letras grandes)	(Nombre del testigo en letras grandes)
X_____	X_____
(Número y calle)	(Número y calle)
X_____	X_____
(Ciudad, Estado y Código postal)	(Ciudad, Estado y Código postal)

Subscrito y jurado ante mí por _____y _____, los testigos firmantes del affidávit precedente este día _____ de _____ de 20____.

_____
Comisionado(a) de la Corte Superior de CT o Notario Público

_____
(Nombre en letras grandes)
Mi comisión vence: _____