

Directivas anticipadas de atención médica

El derecho del paciente a decidir



Cada adulto competente tiene derecho a tomar decisiones relacionadas con su propia salud, incluyendo el derecho a elegir o rechazar un tratamiento médico.

Cuando una persona ya no puede tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, como estar en coma o sufrir demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considera incapacitada. Para garantizar que las decisiones sobre atención médica de una persona incapacitada se sigan respetando, la legislatura de Florida promulgó una ley relacionada con las directivas anticipadas (Capítulo 765 de los Estatutos de Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente para hacer sus directivas anticipadas indicando a su médico que use, retenga o retire procedimientos para prolongar la vida; designar a otra persona para que tome decisiones sobre el tratamiento si el paciente ya no puede tomar sus propias decisiones; o expresar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte.

Según la ley, los hospitales, los centros de atención residencial, las agencias de atención médica en casa, los hospicios y las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) deben dar a los pacientes información por escrito, como este folleto, relacionada con las directivas anticipadas. Las normas estatales que exigen esto incluyen 58A-2.0232, 59A-3.254, 59A-4.106, 59A-8.0245 y 59A-12.013 del Código Administrativo de Florida.

Preguntas sobre las directivas anticipadas de atención médica

¿Qué son las directivas anticipadas?

Son declaraciones por escrito u orales sobre cómo quiere que se tomen las decisiones médicas si usted no puede tomarlas por su cuenta o pueden expresar su voluntad de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas redactan directivas anticipadas cuando se les diagnostican enfermedades mortales. Otras personas lo hacen cuando están sanas, generalmente como parte de su planificación patrimonial.

Los tres tipos de directivas anticipadas son:

- Testamento en vida
- Designación de representante de atención médica
- Donación anatómica

Puede elegir completar uno, dos o los tres formularios. Este folleto da información para ayudarlo a decidir lo que será mejor para atender sus necesidades.

¿Qué es un testamento en vida?

Es una declaración por escrito u oral sobre el tipo de atención médica que quiere o no quiere recibir en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones. Se llama testamento en vida porque tiene vigencia mientras usted todavía está vivo.

Quizás sea una buena idea hablar con su proveedor de atención médica o abogado para asegurarse de haber completado su testamento en vida de una manera en que se entiendan sus deseos.

¿Qué es un documento de designación de representante de atención médica?

Es un documento que nombra a otra persona como su representante para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede tomarlas por su cuenta. Al igual que el testamento en vida, puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que quiera o no quiera. También puede designar un representante alternativo.

¿Cuál es el mejor?

Dependiendo de sus necesidades individuales, es posible que quiera completar uno de estos tipos de directivas anticipadas, o una combinación de estos.

¿Qué es una donación anatómica?

Es un documento que indica su deseo de donar, después de morir, todo o parte de su cuerpo. Esto puede incluir la donación de tejidos y órganos a personas que lo necesiten o la donación de su cuerpo para capacitar a los trabajadores de atención médica. Puede expresar su deseo de ser donante de órganos especificándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal (en la oficina de licencias de conducir más cercana), firmando un formulario uniforme de donante (que aparece en otro lugar de este folleto) o expresando su deseo en un testamento en vida.

¿Me exige la ley de Florida que complete directivas anticipadas?

No. No existe el requisito legal de completar directivas anticipadas. Sin embargo, si todavía no ha completado una directiva anticipada, un tutor designado por un juez, su cónyuge, un hijo adulto, uno de sus padres, un hermano adulto, un familiar adulto o un amigo cercano puede tomar las decisiones sobre atención médica o donación anatómica en su nombre.

La persona que tome decisiones en su nombre puede conocer o no sus deseos. Si prepara una directiva anticipada y habla con sus seres queridos sobre el tema, será más probable que se cumplan sus deseos como usted quiere.

¿Es necesario que un abogado prepare la directiva anticipada?

No, los procedimientos son sencillos y no necesita un abogado, pero usted puede consultar a uno. Sin embargo, para hacer una directiva anticipada, ya sea un documento por escrito o una declaración oral, debe tener dos testigos. Al menos uno de los testigos no puede ser cónyuge o familiar consanguíneo.

¿Dónde puedo encontrar formularios de directivas anticipadas?

Las leyes de Florida dan una muestra de cada uno de estos formularios: testamento en vida, designación de representante de atención médica y de donación anatómica. En otra parte de este folleto hemos incluido ejemplos de formularios y recursos en los que puede encontrar más información y otros tipos de formularios de directivas anticipadas.

¿Puedo cambiar de opinión después de completar una directiva anticipada?

Sí, puede modificar o cancelar una directiva anticipada en cualquier momento. Cualquier cambio se debe hacer por escrito, y debe estar firmado y fechado. Sin embargo, también puede modificar una directiva anticipada por medio de una declaración oral, la destrucción física del documento o la preparación de un nuevo documento.

Si su licencia de conducir o su tarjeta de identificación estatal indica que usted es donante de órganos, pero usted ya no quiere serlo, comuníquese con su oficina de licencias de conducir más cercana para cancelar la designación de donante, y se le emitirá una nueva licencia o tarjeta.

¿Qué pasa si completé una directiva anticipada en otro estado y necesito tratamiento en Florida?

Una directiva anticipada completada en otro estado, como se describe en las leyes de ese estado, puede aceptarse en Florida.

¿Qué debo hacer con mi directiva anticipada si decido completar una?

- Si designa a un representante de atención médica y a un representante alternativo, asegúrese de preguntarles si están de acuerdo con asumir esta responsabilidad, decirles cómo le gustaría que se manejen los asuntos y darles una copia del documento.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica, abogado y seres queridos sepan que tiene una directiva anticipada y dónde la tiene. También debería darles una copia.
- Prepare un archivo donde pueda guardar una copia de su directiva anticipada (y otros documentos importantes). Algunas personas guardan los documentos originales en una caja de seguridad en el banco. Si es su caso, quizás sea recomendable guardar copias en su casa o información relacionada con el lugar de la caja de seguridad.
- Guarde una tarjeta o nota en la cartera o billetera que indique que tiene una directiva anticipada y dónde la tiene.
- Si modifica su directiva anticipada, asegúrese de que su proveedor de atención médica, abogado y seres queridos tengan la copia actualizada.

Si tiene preguntas sobre su directiva anticipada, puede que sea una buena idea hablar con su proveedor de atención médica, abogado o seres queridos.

Más información de las directivas anticipadas

Antes de tomar una decisión sobre las directivas anticipadas, quizás sea una buena idea considerar más opciones y otras fuentes de información, incluyendo:

- Como alternativa a un representante de atención médica, o además de este, podría querer designar a un apoderado legal permanente. Por medio de un documento por escrito, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre. Esta designación es similar a la del representante de atención médica, pero la persona puede hacer varias actividades (financieras, legales, médicas, etc.). Puede consultar a un abogado para obtener más información o leer el Capítulo 709 de los Estatutos de Florida.

Si elige a alguien como apoderado legal permanente, asegúrese de preguntarle si está de acuerdo con asumir esta responsabilidad, de decirle cómo le gustaría que se manejen los asuntos y de darle una copia del documento.

- Si usted tiene una enfermedad terminal (o si tiene un ser querido que está en estado vegetativo persistente) quizás sea buena idea considerar tener una orden de no reanimar (DNRO) antes de la hospitalización. Una DNRO identifica a las personas que no quieren que se les resucite en caso de sufrir un paro respiratorio o cardíaco. La DNRO antes de la hospitalización es un formulario específico de color amarillo disponible en el Departamento de Salud (DOH) de Florida. Su abogado, proveedor de atención médica o servicio de ambulancia también podrían tener copias disponibles para su uso. Usted o su representante legal y su médico deben firmar el formulario de DNRO. Puede obtener más información en el sitio web del DOH, www.doh.state.fl.us o en www.MyFlorida.com (escriba DNRO en los motores de búsqueda de este sitio web) o llame al (850) 245-4440.

Si lo hospitalizan, se puede usar la DNRO antes de la hospitalización durante su estancia hospitalaria, o el hospital podría tener su propio formulario y procedimiento para documentar una orden de no reanimar.

- Si una persona elige donar su cuerpo después de morir para capacitación e investigación médica, la Junta Anatómica del Estado de Florida coordinará la donación. Usted o sus sobrevivientes deben coordinar con una funeraria local y pagar el embalsamamiento preliminar y el traslado del cuerpo a la Junta Anatómica en Gainesville, Florida. Después de usarlo con fines de educación e investigación médica, el cuerpo se cremará de manera regular. Los restos cremados se devolverán a los seres queridos, si así se pide en la donación, o la Junta Anatómica los esparcirá en el golfo de México. Para obtener más información, comuníquese con la Junta Anatómica del Estado de Florida al (800) 628-2594 o visite www.med.ufl.edu/anatbd.

- Si quiere obtener más información de la donación de órganos y tejidos, visite el Registro de Donantes de Órganos y Tejidos Joshua Abbott en www.DonateLifeFlorida.org; aquí podrá convertirse en donante en línea de órganos, tejidos y ojos. Si tiene más preguntas sobre la donación de órganos y tejidos, puede hablar con su proveedor de atención médica.
- Diversas organizaciones también ponen a disposición formularios de directivas anticipadas. Uno de estos documentos es “Cinco deseos”, que incluye un testamento en vida y un documento de designación de representante de atención médica. “Cinco deseos” le da la oportunidad de especificar si quiere recibir alimentación por sonda, asistencia para respirar, analgésicos y otra información de lo que podría darle comodidad, como qué tipo de música le gustaría escuchar, entre otras cosas. Puede encontrar más información en:

Aging with Dignity
www.AgingWithDignity.org
(888) 594-7437

Otros recursos incluyen:

American Association of Retired Persons (AARP)
www.aarp.org
(Escriba “advance directives” (directivas anticipadas) en el buscador del sitio web)

Su hospital local, centro de atención residencial, agencia de atención médica en casa, hospicio, o bien su abogado o proveedor de atención médica pueden ayudarlo con los formularios o a obtener más información.

Folleto: End of Life Issues
www.FloridaHealthFinder.gov
(888) 419-3456

Testamento en vida

Declaración hecha el _____ de _____ de (20____) Yo, _____ de forma intencional y voluntaria, hago saber mi deseo de que no se prolongue artificialmente mi fallecimiento según las circunstancias que se exponen abajo y, por este medio, declaro que, si en cualquier momento quedara incapacitado mental o físicamente y

_____ (iniciales) tengo una condición terminal o

_____ (iniciales) tengo una condición en etapa final o

_____ (iniciales) estoy en estado vegetativo persistente y si el médico que me está atendiendo o tratando y otro médico especialista han determinado que no existe probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha condición, ordeno que no se usen o que se retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos solo sirva para prolongar artificialmente el proceso de fallecimiento, y que se me permita morir de forma natural solo con la administración de medicamentos o con procedimientos médicos que se consideren necesarios para darme comodidad o para aliviar el dolor.

Es mi intención que mi familia y mi médico respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal de rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se determine que no puedo dar un consentimiento expreso e informado para retener, retirar o continuar los procedimientos para prolongar la vida, quiero designar como mi representante para cumplir las disposiciones de esta declaración a:

Nombre: _____

Dirección _____

Teléfono: _____

Entiendo completamente la importancia de esta declaración y tengo la capacidad emocional y mental para hacer esta declaración.

Más instrucciones (opcional):

(Firma) _____

Firmas de los testigos:

Testigo: _____

Testigo: _____

Nombre en letra de molde: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Al menos uno de los testigos no puede ser cónyuge o familiar consanguíneo del mandante.

Definiciones de términos presentes en el formulario de Testamento en vida:

“Enfermedad en etapa final” hace referencia a una condición no reversible causada por una lesión, condición o enfermedad que ha causado un deterioro permanente y progresivamente más grave y que, con un grado razonable de probabilidad médica, el tratamiento de la condición no sería eficaz.

“Estado vegetativo persistente” hace referencia a una condición permanente e irreversible de inconciencia y en la que hay: ausencia de acciones voluntarias o comportamientos cognitivos de ningún tipo ni la capacidad de comunicarse o interactuar deliberadamente con el entorno.

“Enfermedad terminal” hace referencia a una lesión, condición o enfermedad de la que no hay una probabilidad médica razonable de recuperarse y que, sin un tratamiento, se espera que cause la muerte.

Estas definiciones se extrajeron de la sección 765.101 de los Estatutos de Florida. Puede acceder a los Estatutos en su biblioteca local o en línea en www.leg.state.fl.us.

Documento de designación de representante de atención médica

Yo, _____ designo como mi representante de atención médica según la Sección 765.202, Estatutos de Florida:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Si mi representante de atención médica no está dispuesto a cumplir sus obligaciones o no puede hacerlo razonablemente, quiero designar como mi representante alternativo a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi representante de atención médica a: (Las iniciales son obligatorias en los espacios en blanco abajo).

_____ Recibir cualquier información médica mía, ya sea verbal o grabada de cualquier manera o por cualquier medio, que:

1. Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, centro de atención médica, plan médico, salud pública, empleador, aseguradora, escuela o universidad o centro de intercambio de información de atención médica; y
2. Se relacione con mi condición o salud mental o física pasada, presente o futura; el aprovisionamiento de atención médica para mí; o el pago pasado, presente o futuro por el aprovisionamiento de atención médica para mí

Además autorizo a mi representante de atención médica a:

_____ Tomar todas las decisiones de atención médica por mí, lo que significa que tiene la autoridad de:

3. Dar consentimientos informados, rechazar o consentir o quitar consentimientos a cualquiera y a toda mi atención médica, incluyendo procedimientos que prolongan la vida.
4. Enviar una solicitud en mi nombre para beneficios privados, públicos, del gobierno o de veteranos para sufragar los costos de la atención médica.
5. El acceso razonablemente necesario a mi información médica del representante de atención médica para tomar decisiones que involucran mi atención médica y enviar una solicitud de beneficios para mí.
6. Decidir si hace un regalo anatómico según la parte V del Capítulo 765, Estatutos de Florida.

Instrucciones y restricciones específicas:

Mientras conserve mi capacidad de tomar decisiones, mis deseos prevalecen y mi médico y mis proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio al plan de tratamiento antes de implementarlo.

En la medida en que yo tenga la capacidad de entender, mi representante de atención médica debe mantenerme razonablemente informado de todas las decisiones que ha tomado en mi nombre y de los asuntos relacionados conmigo.

Esta designación de representante de atención médica no se ve afectada por mi discapacidad subsiguiente excepto según lo estipula el Capítulo 765, Estatutos de Florida.

Según la sección 765.104, Estatutos de Florida, entiendo que en cualquier momento puedo, mientras tenga la capacidad, revocar o modificar esta designación al:

1. Firmar un documento por escrito y fechado que exprese mis intenciones de modificar o revocar esta designación;
2. Destruir físicamente esta designación mediante mis propias acciones o las de otra persona en mi presencia y según mis instrucciones;
3. Expresar verbalmente mis intenciones de modificar o revocar esta designación; o
4. Firmar una nueva designación que sea materialmente diferente a esta designación.

La autoridad de mi representante de atención médica tendrá vigencia cuando mi médico primario determine que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica a menos que coloque mis iniciales en una o en ambas casillas:

Si coloco mis iniciales en esta casilla [] la autoridad de mi representante de atención médica para recibir mi información médica tiene vigencia inmediata.

Si coloco mis iniciales en esta casilla [] la autoridad de mi representante de atención médica de tomar decisiones de atención médica tiene vigencia inmediata. Según la sección 765.204(3), Estatutos de Florida, cualquier instrucción de decisiones de atención médica que tome, ya sea verbal o por escrito, mientras tengo la capacidad de hacerlo, debe sustituir cualquier instrucción o decisión de atención médica tomada por mi representante que esté en conflicto material con las mías.

Firmas: firme y coloque la fecha en el formulario, aquí:

Fecha: _____

Firme con su nombre: _____

Dirección: _____

Su nombre en letra de molde: _____

Ciudad, estado: _____

Firmas de los testigos:

Primer testigo

Segundo testigo

Nombre en letra de molde: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____

Ciudad, estado: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Formulario uniforme de donante

Por este medio, el que suscribe hace una donación anatómica, si es medicamente aceptable, que entrará en vigor en el momento del fallecimiento. Las palabras y las marcas de abajo indican mis deseos:

Donaré:

(a) _____ los órganos o partes que sean necesarias

(b) _____ solo estos órganos o partes de órganos para trasplante, terapia, investigación médica o educación:

(c) _____ mi cuerpo para estudios anatómicos, si es necesario. Limitaciones o deseos especiales, de haberlos:

Firmado por el donante y estos testigos, en presencia mutua:

Firma del donante _____ Fecha de nacimiento del donante _____

Fecha de la firma _____ Ciudad y estado _____

Testigo _____

Testigo _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Ciudad _____ Estado _____

Puede usar este formulario para decir su voluntad de ser donante de órganos. O bien, puede especificarlo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal (en la oficina de licencias de conducir más cercana).

La tarjeta de abajo puede usarse como un método conveniente para informar a otras personas sobre sus directivas anticipadas. Complete la tarjeta y córtela. Guárdela en su cartera o billetera. También puede hacer copias y colocarlas en su refrigerador, en la guantera de su auto o en otro lugar fácil de encontrar.

<p>Directivas anticipadas de atención médica</p> <p>Yo, _____,</p> <p>he creado las siguientes directivas anticipadas:</p> <p>___ Testamento en vida</p> <p>___ Designación de representante de atención médica</p> <p>___ Donación anatómica</p> <p>___ Otro (especifique) _____</p> <p>.....DOBLAR.....</p> <p>Comuníquese con:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Firma _____</p> <p>Fecha _____</p>
--

Creado y distribuido por la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida. Esta publicación se puede copiar para uso público. Para ver o imprimir otras publicaciones de la Agencia para la Administración de Atención Médica, visite www.FloridaHealthFinder.gov.