Directrices Anticipadas Para el Cuidado de la Salud

Planificando importantes decisiones sobre el cuidado de la salud

Comisión de Nueva Jersey
sobre Problemas Eticos y Legales
en el Descargo del Cuidado de la Salud
una comisión legislativa de estudio

Este folleto ha sido apoyado por las siguientes organizaciones e instituciones:

- Asociación Americana de Jubilados (AARP)
- Colegio Americano de Médicos (Capítulo de Nueva Jersey)
- Congreso Judío Americano
- Comité Ciudadano sobre Etica Biomédica
- Comité sobre Bioética de la Unión Americana de Sinagogas Hebreas
- Diócesis Episcopal de Newark
- Federación de Sinagogas Reformistas del Gran Filadelfia (Sur Jersey)
- Consejo de Cuidado en el Hogar de Nueva Jersey
- Comunidad de Jubilados Medford Leas
- Personal Médico y Odontológico del Centro Médico de Princeton
- Sociedad Médica de Nueva Jersey
- Socieda Memorial de los Condados de Ocean, Monmouth, Morris y del Sur Jersey
- Sociedad Memorial de Princeton, Plainfield y el Valle del Raritán
- Junta Consejera de Nueva Jersey sobre Trasplante de Organos (Grupo de Trabajo sobre Educación Pública y Profesional)
- Departamento de Salud de Nueva Jersey
- Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey
- División de Envejecientes de Nueva Jersey
- Oficina del Defensor de Envejecientes Hospitalizados de Nueva Jersey
- Oficina del Defensor Público de Nueva Jersey
- Oficina del Guardián Público de Nueva Jersey
- Asociación de Instalaciones de Cuidado de Salud de Nueva Jersey
- Asociación de Asilos de Ancianos sin Propósitos de Lucro de Nueva Jersey
- Asamblea de Agencia de Salud en el Hogar de Nueva Jersey
- Asociación de Hospicios de Nueva Jersey
- Asociación de Hospitales de Nueva Jersey
- Asociación de Enfermeras del Estado de Nueva Jersey
- Comité de Bioética del Hospital Overlook
- Liga de Mujeres Mayores (Centro de Nueva Jersey)
- Consejo de Pensilvania de la Unión de Congregaciones Hebreas Americanas
- Hospital Universitario Robert Wood Johnson
- Universidad de Medicina y Odontología de Nueva Jersey

La publicación de este folleto fue posible al generoso apoyo de un número de organizaciones. **La Compañía Warner-Lambert** proveyó a la Comisión con la traducción del material del Inglés al Español. Fondos de dinero para esta impresión fueron proveídos por una asignación de dinero del **Departamento de Asuntos a la Comunidad del Estado de Nueva Jersey**, Melvin R. Primas, Jr., Comisionado, y su División de Envejecido, Lois Hull, Directora. La impresión inicial de este folleto en Inglés, se hizo posible debido a asignaciones generosas de la Asociación Americana de Personas Retirados y de el Colegio Americano de Médicos, Capitulo de Nueva Jersey. La Comisión está en gran deuda con todas estas Organizaciones por su apoyo y estímulo.

Derechos reservados © 1991 por la Comisión de Nueva Jersey sobre Problemas Eticos y Legales en el Descargo del Cuidado de la Salud. Se reservan todos los derechos. La Comisión otorga permiso expreso para fotocopiar cualesquiera o todos los materiales contenidos en este folleto.

Este folleto es una publicación de la **Comisión de Nueva Jersey sobre Problemas Eticos y Legales en el Descargo del cuidado de la Salud (Comisión de Bioética de Nueva Jersey)**. La Comisión es un cuerpo permanente establecido por la Legislatura Estatal para estudiar temas sobre normas directrices en bioética. En base a sus hallazgos, la Comisión ofrece recomendaciones a las ramas Legislativa y Ejecutiva. Además, trata de fomentar el intercambio de ideas y realzar la comprensión de estos argumentos entre los miembros de la clase togada y la clase médica, y entre todos los ciudadanos de Nueva Jersey. Para más información sírvase ponerse en contacto con cualquiera de las organizaciones o instituciones mencionadas, o con: **The New Jersey Bioethics Commission, CN 061, Trenton, New Jersey 08625.**

Estado de Nueva Jersey

Comisión de Nueva Jersey sobre Problemas Eticos y Legales en el Descargo del Cuidado de la Salud

PAUL W. ARMSTRONG
PRESIDENTE

HERMANA JANE FRANCES BRADY
VICEPRESIDENTA

ROBERT S. OLICK
DIRECTOR EJECUTIVO

Estimado ciudadano de Nueva Jersey:

Este folleto fue preparado por la Comisión de Nueva Jersey sobre Problemas Eticos y Legales en el Descargo del Cuidado de la Salud y su Equipo Especial sobre Educación Pública y Profesional. Tiene el propósito de ayudarle a planificar ciertas decisiones importantes en el cuidado de la salud utilizando documentos conocidos como directrices anticipadas o directrices avanzadas para el cuidado de la salud, denominados más comúnmente "**testamentos en vida**" y "poderes legales duraderos para el cuidado de la salud".

Las directrices anticipadas son documentos reconocidos legalmente, que pueden tener consecuencias importantes para el cuidado futuro de su salud. *Es importante que usted lea todo el material contenido en este folleto cuidadosamente antes de completar sus directrices*. El material está diseñado para ayudarle a preparar una directríz que refleje claramente sus preferencias de tratamiento médico. Además de la información básica sobre las directrices anticipadas, el folleto incluye 3 formularios de muestra de directrices anticipadas y una descripción de las ventajas y desventajas de cada uno. Usted debe usar el que se ajuste mejor a sus necesidades personales.

Como se puede entender, la muerte, el morirse y nuestra propia incapacitación, son temas difíciles de examinar con otras personas. No obstante, los miembros de la Comisión creemos que es particularmente importante hablar de sus sentimientos y creencias acerca de estos temas con quienes pueden volverse responsables de tomar decisiones en su nombre, como los miembros de su familia, sus amigos y su médico. Las directrices anticipadas ofrecen una comunicación importante por escrito, destinada a terceros, acerca de sus deseos, pero la comunicación directa es la clave para asegurar que tales deseos sean claramente entendidos por los demás. La conversación franca puede reducir significativamente la posibilidad de desacuerdos entre los que se hacen cargo de usted, puede aliviar a sus seres queridos de algunas de las pesadas cargas que significa la necesidad de tomar decisiones, y puede dar seguridad adicional de que sus deseos serán respetados.

Usted no necesita un abogado o un médico para completar una directríz, aunque debiera consultar a uno si lo desea. Cerciórese de tener dos testigos adultos cuando complete su directríz (si usted escoge designar legalmente a una persona para que tome decisiones en su nombre, tal persona no puede ser también un testigo). Dé copias completas del formulario a los que deben conocer sus preferencias, como los miembros de su familia, sus amigos y su médico. Si usted ingresa en un hospital o sanatorio especializado, asegúrese de que su directríz forme parte de sú expediente médico.

La Comisión quisiera expresar su gratitud a las prestigiosas organizaciones e instituciones que nos han apoyado en la producción de este folleto. También queremos agradecerle a usted por su interés en la Comisión y expresarle nuestro deseo de que la información adjunta sea de utilidad para usted y su familia.

Atentamente,

Paul W. Armstrong

(P. W. Armstrong)
Presidente

Hermana Jane Frances Brady
Vicepresidenta

Comisión de Nueva Jersey sobre Problemas Eticos y Legales en el Descargo del Cuidado de la Salud

Paul W. Armstrong, M.A., J.D., LL.M.
Presidente
Abogado

Hermana Jane Frances Brady
Vicepresidenta
Presidenta del Centro Médico St. Joseph

Tom Brown
Defensor Interino, de Envejecientes Hospitalizados

Honorable Gerald Cardinale, D.D.S.
Senador, Distrito 39

Diana Czerepuszko, R.N., L.N.H.A.
Hogar Chesire

Robert W. Deaton
Director de Cuidado a Largo Plazo, Diócesis de Camden

Dr. Joseph Fennelly
Vicepresidente, Comité de Bioética
Sociedad de Medicina de Nueva Jersey

Dr. J. Richard Goldstein
Presidente, Stopwatch, Inc.

Noreen Haveron, R.N., B.S.N.
Supervisora Suplente de Enfermeras
Servicio de Enfermeras de Nutley

Lois Hull
Directora, División de Envejecientes
Departamento de Asuntos Comunitarios

Honorable C. Richard Kamin
Miembro de la Asamblea, Distrito 23

Rabino Charles A. Kroloff
Rabino, Templo Emanu-El

Honorable David C. Kronick
Miembro de la Asamblea, Distrito 32

Paul Langevin
Ayudante del Comisionado para Evaluación de Instituciones de Salud Departamento de Salud

Mary K. Lindner, R.N.
Vicepresidenta Principal, Servicios a Pacientes y Directora Ejecutiva de Enfermeras, Hospital Overlook

Rita Martin
Directora Legislativa, Ciudadanos de N.J. Preocupados por la Vida

Russell L. McIntyre, Th.D.
Profesor Adjunto, Facultad de Medicina,
Hospital Universitario Robert Wood Johnson

Patricia Ann Murphy, R.N., Ph.D.
Especialista Clínica (Duelo)
Centro Médico Beth Israel de Newark

Dr. Michael Nevins
Internista, Presidente del Comité de Bioética
Hospital Pascack Valley

Sally Nunn, R.N.
Presidenta, Comité de Bioética
Hospital Shore Memorial

Dr. Robert L. Pickens
Presidente, Comité de Bioética
Sociedad de Medicina de Nueva Jersey

David Rogoff
Director, Hospicio Haven, Centro Médico John F. Kennedy

RitaMarie G. Rondum
Miembro, Comité Legislativo Estatal de la AARP

Mary S. Strong
Presidenta, Comité de Ciudadanos sobre Etica Biomédica

Joseph Suozzo, J.D.
Oficina del Defensor Público

Edward Tetelman, J.D.
Ayudante del Comisionado para Asuntos Intergubernamentales
Departamento de Servicios Humanos

Equipo Especial sobre Educación Pública y Profesional

Comisionados Strong (Presidenta), Deaton, Haveron, Martin, Rogoff y Rondum.

Rabino Richard F. Address
Director Regional de la Unión de Congregaciones Hebreas Americanas

Theresa Dietrich
representando a la División de Envejecientes
de Nueva Jersey

Kenneth Dolan, M.P.A.
Director Ejecutivo del Consejo de Cuidado en el Hogar
de Nueva Jersey

Joanne Drake
representando a Kamin
Miembro de la Asamblea

Lois Forrest, L.N.H.A.
Directora Ejecutiva, Comunidad de Cuidado Continuo de Jubilados Medford Leas

Sheila Paris Klein
Directora de Relaciones Públicas, Hospital Universitario Robert Wood Johnson

Joseph C. d'Oronzio, M.P.H., Ph. D.
Consultor

Michael Rappeport, Ph.D.
RL Asociados

Dra. Teresa Schaer
Directora de Programas Geriátricos, Centro Médico de St. Peter

Marguerite K. Schlag, R.N., Ph.D.
Directora de Educación y Desarrollo de Enfermeras, Hospital Universitario Robert Wood Johnson

Joseph Slavin
Director Ejecutivo, Asociación Católica de Salud de Nueva Jersey

Helen Handin Spiro, J.D.
Presidenta, Comité de Ciudadanos sobre Etica Biomédica
del Centro de Nueva Jersey

La commission le da gracias especialmente a la señora Judith Vincenty de la Universidad de Medicina y Odontologojía de Nueva Jersey por su asistencia en la traduccion de este folleto. Los materiales y formularios incluidos en este folleto fueron escritos y preparados por Robert S. Olick, M.A., J.D., Director Ejecutivo, Michael Vollen, Director Asociado (Director del Proyecto) y miembros del Equipo Especial. Los siguientes exmiembros del personal proporcionaron consejo y apoyo adicional: Janice Chiantese, Directora de Relaciones con el Gobierno (Co-directora de Proyecto), Adrienne Asch, Ayudante en Ciencias Sociales y Política, Anne Reichman, LL.B, LL.M., Asociada Legal, Eve B. Sundelson, consultora, Ellen Friedland, consultora. La Comisión desea expresar su gratitud a todas estas personas por sus contribuciones.

Planificación Para el Cuidado de su Salud: Comunicación de Sus Deseos

El propósito de este folleto es ayudarle a preparar una directríz anticipada que refleje sus deseos en lo concerniente a su cuidado médico. Aunque contiene muestras de formularios e instrucciones, las directrices anticipadas son documentos muy personales y usted debe sentirse en libertad de desarrollar una que se ajuste mejor a sus propias necesidades. El folleto comprende lo siguiente:

1. Introducción
2. Preguntas y respuestas
3. Palabras que usted debe entender
4. Formularios de muestra
5. Lista para cotejar
6. Tarjetas de identificación para llevar en su billetera (en la cubierta posterior)

1.Introducción: ¿Por qué este folleto?

Como estadounidenses, estamos convencidos de que tenemos derecho a tomar decisiones acerca del cuidado de nuestra propia salud. La mayor parte del tiempo tomamos estas decisiones después de hablar con nuestros médicos acerca de las ventajas y desventajas de diversas opciones terapéuticas. El derecho de toda persona competente para aceptar o rechazar el tratamiento médico es un derecho fundamental protegido por la ley.

Pero, ¿qué pasa si una enfermedad grave, una lesión o la pérdida permanente de la capacidad mental nos incapacitara para hablar con un médico y decidir qué tratamientos médicos querríamos o no querríamos? Estas situaciones constituyen interrogantes difíciles para todos nosotros como pacientes, familiares de pacientes, amigos y profesionales de salud. ¿Quién tomaría estas decisiones si no las pudiéramos tomar nosotros mismos? Si no pudiéramos comunicar nuestras preferencias, ¿cómo nos aseguraríamos de que se respetaran nuestros deseos? Si surgiesen desacuerdos entre los que se ocupen de nuestra salud en cuanto a alternativas terapéuticas diferentes, ¿cómo se resolverían? ¿Habría alguna manera de aliviar la carga que recaería sobre los familiares y seres queridos cuando se deban tomar decisiones médicas críticas?

Usted puede contestar algunas de estas preguntas usando los documentos conocidos como **directrices anticipadas para el cuidado de la salud**, y tener la tranquilidad de saber que puede continuar participando en las decisiones sobre su propio tratamiento. Una **directríz anticipada** preparada del modo apropiado le permite planificar por adelantado de modo que pueda hacer conocer sus deseos y seleccionar a alguien que se encargará de que los mismos se respeten.

Después de todo, si usted está gravemente enfermo o lesionado y no puede tomar decisiones por su cuenta, alguien tendrá que decidir acerca de su cuidado médico. ¿No tiene sentido el

- que una persona en quien usted confíe tome las decisiones en su nombre? o bien
- dar instrucciones acerca del tratamiento que usted quiere o no quiere?, o bien
- tomar decisiones? Nombre a una persona para tomar las decisiones en su nombre y proporciónele instrucciones.

Algunas definiciones

En todo este folleto usaremos cuatro frases. Cada una de ellas tiene un significado especial cuando se trata de permitirle tomar decisiones acerca del cuidado futuro de su salud:

- **Directríz anticipada o avanzada**: Si usted quiere que sus deseos guíen a las personas responsables por su cuidado, debe planificar qué

es lo que quiere, con anticipación. Generalmente tal planificación probablemente será más eficaz si se hace por escrito. De modo que, "directríz anticipada" significa cualesquier instrucción por escrito que usted prepare con anticipación, diciendo qué tipo de cuidado médico quiere en caso de que quede incapacitado para tomar decisiones por su propia cuenta.

Hay tres clases de directrices anticipadas:

1. **Directrices por poder:** Una manera de participar en su cuidado médico futuro es designar a una persona (a quien le dé poder legal) en quien usted confíe, dándole la autoridad legal de decidir por usted en caso de que usted no pueda tomar decisiones por su cuenta. Su apoderado escogido (conocido como **representante de cuidado de salud**) servirá como su sustituto, "tomando su lugar" en las conversaciones con su médico y otras personas responsables por su cuidado. De modo que una **directríz por poder** significa, en este caso, escribir instrucciones designando a un "apoderado" para actuar en su nombre. Otra forma que la gente usa para indicar una directríz por poder es un "poder legal duradero para el cuidado de la salud".

2. **Directrices escritas:** Otra manera de participar en su cuidado médico futuro es proporcionar a los responsables de su salud una declaración escrita de sus preferencias terapéuticas médicas. Por "**directrices escritas**" queremos decir instrucciones por escrito que especifiquen por adelantado qué tratamientos médicos desea usted aceptar o rechazar y las circunstancias en las cuales usted desea que se ejecuten sus deseos. Tales instrucciones servirán entonces como guía para los responsables de su cuidado. Otra forma en que la gente llama a estas directrices escritas es un "testamento en vida".

3. **Directrices combinadas:** Una tercera manera combina las características de la **directríz por poder** y la **escrita**. Tal vez prefiera dar ambos tipos de instrucciones por escrito y designar a un representante de cuidado de salud o apoderado para cerciorarse de que sus instrucciones se lleven a cabo. De modo que una "**directríz combinada**" significa, en este folleto, un solo documento en el que usted selecciona a un representante de cuidado de salud y le proporciona una declaración escrita de sus preferencias concernientes al tratamiento médico.

Cualquiera que sea la forma que escoja, es importante que recuerde hablar de sus preferencias sobre el cuidado de su salud con otros. A fin de ayudarle a escoger el tipo de directríz que se ajuste mejor a sus circunstancias, las siguientes páginas responden a algunas preguntas hechas frecuentemente sobre directrices anticipadas.

2. Preguntas y respuestas

¿Por qué debiera considerar escribir una directríz anticipada?

Las lesiones, enfermedad o incapacitación mental pueden imposibilitarle el tomar decisiones por sí mismo sobre el cuidado de su salud. En tales situaciones, los responsables de su cuidado deberán tomar decisiones en su nombre. Las directrices anticipadas son documentos legales que proporcionan información acerca de sus preferencias terapéuticas a los que están a cargo de su cuidado, ayudando a garantizar que se respeten sus deseos aún cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones. Una directríz claramente escrita le ayuda a evitar desacuerdos entre las personas cercanas a usted y a alivia algunas de las cargas implicadas en la toma de decisiones, que sus familiares, amigos y profesionales de salud frecuentemente deben soportar.

¿Cuándo entra en vigor mi directríz anticipada?

Su directríz entra en vigor cuando usted ya no tenga la capacidad de tomar decisiones acerca del cuidado de su salud. Este juicio normalmente es hecho por su médico de cabecera y cualquier médico adicional que la ley pueda exigir que lo examine. Si hay alguna duda acerca de su capacidad para tomar dichas decisiones, su médico consultará con otro médico con adiestramiento y experiencia en esa área. Ellos, en conjunto,

decidirán si usted es incapaz de tomar decisiones acerca de su propia salud.

¿Qué pasa si recobro la capacidad de tomar mis propias decisiones?

Si usted recuperara su capacidad para tomar decisiones, reasumiría entonces el tomarlas directamente. Su directríz se mantiene en vigor solamente por el tiempo en que usted esté incapacitado para tomar sus propias decisiones.

¿Cuál es la ventaja de tener un representante de cuidado de salud? ¿no es suficiente tener una directríz escrita?

Su médico y otros profesionales de salud están legalmente obligados a considerar sus deseos expresos, según los ha declarado en su directríz escrita o "testamento en vida". Sin embargo, puede haber casos en que surjan circunstancias médicas o se propongan tratamientos en los cuales usted pueda no haber pensado cuando escribió su directríz. Si ocurriese tal cosa, su **representante de cuidado de salud** tiene la autoridad para participar en discusiones con los profesionales de salud y tomar decisiones terapéuticas en su nombre de acuerdo con lo que él o ella conoce acerca de sus deseos. Su representante de cuidado de salud también será capaz de tomar decisiones a medida que su situación médica cambie, de acuerdo con sus deseos y mejor beneficio.

Si decido nombrar a un representante de salud, ¿a quién debo encargar tal tarea?

La persona que usted elija para representar su cuidado tiene el derecho legal de aceptar o rechazar tratamiento médico (incluso medidas que prolonguen la vida) en su nombre, y garantizar que sus deseos concernientes a su tratamiento médico se respeten. Usted debe escoger a una persona que le conozca bien, y que esté familiarizada con sus sentimientos acerca de tipos diferentes de tratamiento médico y de las condiciones en que usted escogería aceptar o rechazar un tratamiento específico o todos los tratamientos.

Un representante de cuidado de salud debe entender que su responsabilidad consiste en ejecutar sus deseos aun si su representante u otros no estuviesen de acuerdo con ellos. De modo que es importante seleccionar a alguien en cuyo juicio usted confíe. Las personas que pudiese considerar para pedirles que sean su representante de cuidado de salud incluyen:

- uno de sus familiares o un amigo muy cercano, su sacerdote, rabino o pastor, o bien
- un proveedor de salud en quien usted confíe, pero su médico de cabecera no puede desempeñarse como su médico y su representante de cuidado de salud a la vez.

¿Debiera hablar de mis deseos con mi representante de cuidado de salud y otros?

¡Por supuesto! Su representante de cuidado de salud es la persona que habla por usted cuando usted no puede hablar por sí mismo. Es muy importante que tenga un sentido claro de sus sentimientos, actitudes y preferencias en cuanto al cuidado de su salud. Usted también debe hablar de sus deseos con su médico, familiares y otros que estarán involucrados en su cuidado.

¿Tiene mi representante de cuidado de salud la autoridad para tomar todas las decisiones sobre el cuidado de mi salud en mi nombre?

Usted es quien decide qué es lo que su representante de cuidado de salud puede o no puede decidir. Usted puede querer darle amplia autoridad para tomar todas las decisiones terapéuticas, incluso decisiones para rechazar medidas que prolonguen su vida. Por otra parte, usted puede querer restringir la autoridad a tratamientos o circunstancias específicas. Su representante tiene que respetar tales limitaciones.

¿Está obligado mi médico a hablar con mi representante de cuidado de salud?

Sí. Su representante de cuidado de salud tiene la autoridad legal para tomar decisiones médicas en nombre suyo, en consulta con su médico. Su médico está legalmente obligado a consultar con el representante que usted ha escogido y a respetar la decisión de él o ella, como si fuese la decisión suya.

¿Es mi representante de cuidado de salud la única persona que puede hablar en mi nombre, o pueden otros amigos o familiares participar en tomar las decisiones terapéuticas?

Generalmente es una buena idea que su representante de cuidado de salud consulte con sus familiares u otros al tomar las decisiones, y si usted lo desea puede ordenar que lo haga así. Todos deben entender, sin embargo, que su representante de cuidado de salud es la única persona con la autoridad legal para tomar decisiones acerca de su salud, aun cuando otros estén en desacuerdo.

Si quiero dar instrucciones específicas acerca de mi cuidado médico, ¿qué debo decir?

Si tiene alguna preocupación especial sobre tratamientos particulares, usted debe expresarlas claramente en su directríz. Si usted cree que hay situaciones médicas que le llevarían a usted a decidir rechazar todo tratamiento médico, incluso el que le prolongue la vida, y aceptar una muerte más rápida, esto debe estar indicado claramente en su directríz.

¿Hay tratamientos particulares que debería específicamente mencionar en mi directríz?

Es una buena idea indicar sus preferencias específicas concernientes a dos tipos específicos de medidas para prolongar la vida: líquidos y nutrición administrados artificialmente y reanimación cardiopulmonar. El declarar sus preferencias claramente en lo concerniente a estos dos tratamientos será de ayuda considerable para evitar la incertidumbre, los desacuerdos o la confusión acerca de sus deseos. Los formularios adjuntos proporcionan espacio para que usted registre las instrucciones específicas concernientes a sus deseos con respecto a estas dos formas de tratamiento.

¿Puedo pedir que se tomen todas las medidas necesarias para prolongarme la vida?

Sí. Usted debe aclarar esta elección en su directríz anticipada. Recuerde, una directríz puede usarse para pedir tratamientos médicos así como para rechazar los que no quiera.

¿Tiene mi doctor que cumplir con mis deseos según se declara en mi directríz escrita?

Si sus preferencias terapéuticas están claras, su médico está legalmente obligado a cumplir con sus deseos, a menos que al hacerlo violara la conciencia de él o ella o la práctica médica aceptada. Si su médico no está dispuesto a respetar sus deseos, debe ayudarlo a transferir su cuidado a otro médico.

¿Puedo hacer cambios en mi directríz?

Sí. Una directríz anticipada puede ser actualizada o modificada total o parcialmente en cualquier momento, por una persona legalmente competente. Usted debe actualizar su directríz cuando crea que no refleja con exactitud sus deseos actuales. Es una buena idea examinar su directríz regularmente, tal vez cada 5 años. Cada vez que usted examine la directríz, indique la fecha en el formulario mismo y haga que alguien le sirva de testigo de los cambios que haya hecho. Si hace muchos cambios, tal vez quiera escribir una directríz nueva. Recuerde notificar a todas las personas importantes para usted sobre cualquier cambio que usted haga.

¿Puedo revocar mi directríz en cualquier momento?

Sí. Usted puede revocar su directríz en cualquier momento, independientemente de su estado físico o médico. Esto puede hacerse por escrito, oralmente o por una acción que indique que usted ya no quiere dejar en vigor la directríz.

¿Quién debe tener copias de mi directríz anticipada?

Se debe dar una copia a la persona que usted ha nombrado como representante de cuidado de salud, así como a su familia, su médico y otros que son importantes para usted. Si usted entra en un hospital, sanatorio especializado o asilo, debe proporcionarse una copia de su directríz anticipada de modo que forme parte de su expediente médica. La cubierta trasera de este folleto contiene una tarjeta para guardar en la billetera, que usted puede completar y llevar con usted para comunicar a otros que usted tiene una directríz anticipada.

¿Se me puede obligar a firmar una directríz anticipada?

No. No se necesita tener una directríz anticipada para ser admitido a un hospital, sanatorio especializado u otra institución de cuidado de la salud. No se le puede rehusar admisión a un hospital, sanatorio especializado u otras instituciones de cuidado de la salud porque no cuente con una directríz anticipada.

¿Se me puede exigir que complete una directríz anticipada como condición para mi seguro de salud?

No. No se le puede exigir que complete una directríz anticipada como condición para obtener un seguro de vida o de salud. Además, el tener o no una directríz anticipada no afecta la cubierta actual de su seguro de salud o de vida, ni sus beneficios de salud.

¿Puedo usar mi directríz anticipada para hacer una donación de órganos a la hora de mi muerte?

Sí. La muestra de directríz combinada y la directríz escrita incluídas con este folleto tienen un lugar para que usted declare sus deseos con respecto a la donación de órganos. Además, en la cubierta trasera interior de este folleto hay una tarjeta de donante de órganos para llevar en la billetera. Si usted decide hacer donación de sus órganos a la hora de su muerte, sírvase completar la tarjeta y llevarla consigo en todo momento. Para más información con respecto a la donación de órganos, usted debe ponerse en contacto con una agencia de obtención de órganos o con su hospital local.

¿Respetarán otros estados mi directríz anticipada?

Es probable que su directríz anticipada sea respetada en otro estado, pero no es totalmente seguro.

¿Qué pasa si ya tengo un "testamento en vida"?

Aunque tal vez usted quiera examinar su testamento en vida o su directríz anticipada y cerciorarse de que refleja sus deseos, no hay un requisito legal para que lo haga.

¿Necesito a un médico o abogado para escribirla?

Usted debiera consultar con cualquiera que usted creyera que le sería útil, pero ello no es necesario. Este folleto y los formularios que se incluyen están diseñados para permitirle completar su directríz anticipada sin necesidad de obtener consejo legal o médico. Si la terminología médica es confusa para usted, la mayoría de los profesionales de salud podrán ayudarlo a entenderla.

3. Términos que usted debe entender

1. *Líquidos y nutrición proporcionados artificialmente*: La administración de alimentos y agua a pacientes gravemente enfermos que no pueden o no quieren comer. Dependiendo del método usado, como inserción de una sonda alimenticia o una línea intravenosa, y del estado del paciente, las técnicas pueden implicar cirugía menor, supervisión continua por personal médico (y a veces quirúrgico), riesgo de lesión o infección y efectos secundarios.

2. *Resucitación cardiopulmonar (CPR):* Un tratamiento administrado por profesionales de salud cuando los latidos y la respiración de una persona cesan. "CPR" puede restaurar el funcionamiento si se administra del modo apropiado y a tiempo, y puede incluir el uso de equipos mecánicos y/o medicamentos.

3. *Medidas para prolongar la vida:* Cualquier procedimiento médico, equipo, líquidos y nutrición proporcionados artificialmente, medicamentos, cirugía o tratamiento que usen medios mecánicos o artificiales para mantener, restaurar o suplantar una función corporal vital, prolongando así la vida de un paciente.

4. *Capacidad de tomar decisiones:* La capacidad de un paciente de entender los beneficios y riesgos de un tratamiento médico propuesto y sus alternativas para llegar a una decisión con conocimiento de causa.

5. *Representante de cuidado de salud o apoderado de cuidado de la salud:* En el caso de que un individuo pierda la capacidad de tomar decisiones, un representante o apoderado de cuidado de la salud es una persona que ha sido legalmente designada para tomar decisiones en su nombre. Un representante de cuidado de la salud se designa mediante la ejecución de una directríz por poder (un poder legal duradero para cuidado de la salud).

6. *Estado terminal:* La etapa terminal de una enfermedad o afección fatal irreversible. Aunque la determinación de una "esperanza de vida" específica no se necesita para el diagnóstico de una "afección terminal", un pronóstico de termino de vida de un año o menos, con o sin la provisión de tratamiento de prolongación de la vida, generalmente se considera como terminal.

7. *Inconsciencia permanente:* Un estado médico definido como la pérdida total e irreversible de la conciencia. El término "permanentemente inconsciente" incluye las situaciones de estado vegetativo persistente y de coma irreversible. Los pacientes en tal situación no pueden interactuar con su medio ambiente o con otros de modo alguno y no sienten placer ni dolor.

8. *Estado vegetativo persistente:* Una situación de inconsciencia permanente en que el paciente pierde toda capacidad de interactuar con su medio ambiente o con otras personas. En general es causada por una lesión cerebral. Normalmente no se considera como una afección terminal y, con la ayuda de cuidado médico y líquidos y nutrición artificiales, los pacientes pueden sobrevivir durante muchos años.

9. *Enfermedades crónicas incurables e irreversibles:* Enfermedades incapacitantes, como enfermedad de Alzheimer, síndrome cerebral orgánico u otras enfermedades que empeoran progresivamente con el transcurso del tiempo, finalmente resultando en la muerte. Dependiendo de la enfermedad, el paciente puede también presentar una pérdida parcial o completa de sus capacidades físicas y mentales. Debido a que el ritmo al que tales enfermedades avanzan puede ser muy lento, tales enfermedades no se consideran terminales en sus etapas iniciales.

10. *Muerte cerebral total:* Muerte debida a pérdida total e irreversible de todas las funciones cerebrales, incluso del tronco cerebral. Los criterios para muerte cerebral total deben usarse para determinar con exactitud la muerte en los individuos que han sufrido lesión cerebral masiva o total, pero cuyo corazón y pulmones se mantienen en funcionamiento con la ayuda de máquinas. Los individuos con muerte cerebral no están vegetativos ni en coma, sino, en realidad, muertos.

11. *Médico de cabecera:* El médico directamente responsable de su tratamiento médico. Puede o no ser su médico normal de familia. Dependiendo de sus necesidades de cuidado de la salud, el médico de cabecera puede consultar con otros médicos para diagnosticar y tratar su afección médica, pero sigue siendo directamente responsable de su cuidado.

DIRECTRIZ POR PODER - (Poder legal duradero para cuidado de la salud)
Designación de representante de cuidado de la salud

Entiendo que, como adulto competente, tengo el derecho de tomar decisiones acerca del cuidado de mi salud. Puede llegar un momento cuando sea incapaz, debido a incapacitación física o mental, de tomar decisiones acerca de mi propia salud. En tales circunstancias, los que se ocupen de mí necesitarán instrucciones y se dirigirán a alguien que conozca mis valores y deseos sobre el cuidado de mi salud. Al escribir este poder duradero para el cuidado de mi salud, estoy nombrado a un representante de cuidado de mi salud, con la autoridad legal para tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud en mi nombre, y para consultar con mi médico y otros. Ordeno que este documento se incluya como parte de mi expediente médico permanente.

A) SELECCION DE UN REPRESENTANTE DE CUIDADO DE SALUD:

Yo, _____, por la presente designo a_____
_____de_____
_____
(domicilio particular y número de teléfono del representante de cuidado de la salud)

como mi representante para el cuidado de mi salud, para tomar cualesquiera y todas las decisiones de cuidado de mi salud en mi nombre, incluso decisiones de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento usado para diagnosticar o tratar mi afección física o mental y decisiones para proporcionar, denegar o retirar medidas de prolongación de mi vida. Yo ordeno a mi representante que tome decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos, según se establecen en este documento o que mi representante conozca de otras maneras. En caso de que mis deseos no estén claros, mi representante está autorizado para tomar decisiones que redunden en mayor beneficio para mí, en base a lo que se conozca sobre mis deseos.

Este poder duradero para el cuidado de la salud debe entrar en vigencia en caso de que yo sea incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de mi propia salud, según lo determine el médico con responsabilidad primaria por mi cuidado y cualquier determinación confirmatoria necesaria.

B) REPRESENTANTES ALTERNOS: Si la persona que he designado antes fuese incapaz, no estuviese dispuesta o no estuviese disponible para actuar como mi representante de salud, por la presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para actuar como representante de salud mío, en el orden de prioridad indicado:

.nombre _____	2. nombre _____
dirección _____	dirección _____
ciudad _____ estado _____	ciudad _____ estado _____
teléfono _____	teléfono _____

C) INSTRUCCIONES ESPECIFICAS: Sírvase colocar sus iniciales junto a la declaración que se ajuste mejor a sus deseos.

Mi representante de cuidado de salud está autorizado para ordenar que se denieguen o suspendan los líquidos y nutrición proporcionados artificialmente, como en el caso de sondas de alimentación o infusión intravenosa.

Mi representante de salud no tiene esta autorización, y yo ordeno que se me administren los líquidos y nutrición artificialmente proporcionados para mantenerme en vida, hasta el punto médicamente apropiado.

(Si usted tiene cualquier instrucción adicional concerniente al cuidado de su salud, puede usar el espacio siguiente o insertar declaraciones adicionales.)

_____
_____
_____
_____

D) COPIAS: El original o una copia de este documento ha sido entregado a mi representante de cuidado de salud y a las siguientes personas:

1.nombre _____ 2. nombre _____
dirección _____ dirección _____
ciudad _____ estado _____ ciudad _____ estado _____
teléfono _____ teléfono _____

E) FIRMA: Al escribir este poder legal duradero para cuidado de mi salud, informo a los que puedan estar a cargo de mi cuidado acerca de mis deseos sobre el cuidado de mi salud y de mi intención de aliviar la carga de tomar decisiones que tal responsabilidad pudiese imponer. He hablado de los términos de esta designación con mi representante de cuidado de salud, quien ha consentido voluntariamente a aceptar la responsabilidad de actuar en mi nombre, de acuerdo con mis deseos, como se ha expresado en este documento. Entiendo el propósito y efecto de este documento y lo firmo en pleno conocimiento, voluntariamente y después de deliberación cuidadosa.

Firmado este día **de** _____ **de 19**_

firma _____
dirección _____
ciudad _____ estado _____

F) TESTIGOS: Declaro que la persona que ha firmado este documento, o que ha pedido a otra que firme este documento en su nombre, lo hizo en mi presencia; que tal persona es conocida personalmente por mí y que parece estar en uso completo de sus facultades mentales y libre de presiones o de influencia indebida. Tengo 18 años o más de edad y no se me ha designado por éste o cualquier otro documento como representante del cuidado de salud de la persona ni como representante alterno del cuidado de su salud.

1.testigo _____ 2. testigo _____
dirección _____ dirección _____
ciudad _____ estado _____ ciudad _____ estado_____
firma _____ firma _____
fecha _____ fecha _____

DIRECTRIZ ANTICIPADA COMBINADA PARA CUIDADO DE LA SALUD

(Directrices por poder y escritas combinadas)

Entiendo que, como adulto competente, tengo el derecho de tomar decisiones acerca del cuidado de mi salud. Puede llegar un momento cuando sea incapaz, debido a incapacitación física o mental, de tomar decisiones acerca de mi propia salud. En tales circunstancias, los que se ocupen de mí necesitarán instrucciones y se dirigirán a alguien que conozca mis valores y deseos sobre el cuidado de mi salud. Entiendo que los responsables de mi cuidado tratarán de tomar decisiones sobre mi salud que redunden en mi mayor beneficio, en base a lo que conozcan sobre mis deseos. A fin de proporcionarles la guía y autoridad necesarias para tomar decisiones en mi nombre:

Yo, _____ por la presente declaro y hago conocer mis instrucciones y deseos para el cuidado futuro de mi salud. Esta directríz por adelantado para el cuidado de mi salud entrará en vigor en caso de que yo sea incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, según lo determine el médico con responsabilidad primaria por mi cuidado y cualquier otra determinación confirmatoria necesaria. Ordeno que este documento se incluya como parte de mi expediente médico permanente.

Al completar la Parte Uno de esta directríz, usted designará a un individuo en quien usted confíe para actuar como su representante de cuidado de salud legalmente reconocido, para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud en su nombre, en caso de que usted esté incapacitado para tomar tales decisiones por sí mismo.

Al completar la Parte Dos de esta directríz, usted proporcionará instrucciones concernientes a sus preferencias y deseos sobre el cuidado de su salud a su representante de cuidado de salud y a otros que tengan la responsabilidad por su cuidado, como su médico, familiares y amigos.

PARTE UNO: Designación de un Representante de Cuidado de Salud

A) SELECCION DE UN REPRESENTANTE DE CUIDADO DE SALUD:

Por la presente designo a:

nombre _____

dirección _____

ciudad _____ estado _____

teléfono _____

como mi representante para el cuidado de mi salud, para tomar cualesquiera y todas las decisiones de cuidado de mi salud en mi nombre, incluso decisiones de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento usado para diagnosticar o tratar mi afección física o mental y decisiones para proporcionar, denegar o retirar medidas de prolongación de mi vida. Yo ordeno a mi representante que tome decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos, según se establecen en este documento o que mi representante conozca de otras maneras. En caso de que mis deseos no estén claros, o que surja una situación que yo no haya anticipado, mi representante está autorizado para tomar decisiones que redunden en mayor beneficio para mí, en base a lo que se conozca sobre mis deseos.

He hablado de los términos de esta designación con mi representante de cuidado de salud quien voluntariamente ha aceptado la responsabilidad de actuar en mi nombre.

B) REPRESENTANTES ALTERNOS: Si la persona que he designado antes fuese incapaz, no estuviese dispuesta o no estuviese disponible para actuar como mi representante de salud, por la presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para actuar como representante de salud mío, en el orden de prioridad indicado:

1. nombre _____
dirección _____
ciudad _____ estado _____
teléfono _____

2. nombre _____
dirección _____
ciudad _____ estado _____
teléfono _____

PARTE DOS: Directrices Escritas

En la Parte Dos, se le pide que dé instrucciones concernientes al cuidado futuro de su salud. Tendrá que hacer elecciones importantes y tal vez difíciles. Antes de completar su directríz, debe hablar de estos asuntos con su representante de cuidado de salud, su médico, familiares u otras personas que pudiesen volverse responsables de su cuidado.

En las **Secciones C y D,** *puede anotar las circunstancias en que deban proporcionarse, denegarse o suspenderse las diversas formas de tratamiento médico, incluso medidas de prolongación de la vida. Si las opciones y selecciones siguientes no expresaran totalmente sus deseos, debe usar la* **Sección E,** *y/o adjuntar una declaración a este documento que proporcione a los individuos responsables de su cuidado información adicional que usted crea que les ayudaría a tomar decisiones acerca de su tratamiento médico.* **Sírvase familiarizarse con todas las secciones de la Parte Dos antes de completar su directríz.**

C) INSTRUCCIONES GENERALES. A fin de informar a los responsables de mi cuidado acerca de mis deseos específicos, hago la siguiente declaración de puntos de vista personales en cuanto al cuidado de mi salud:

Sírvase colocar sus iniciales junto a UNA de las siguientes declaraciones con la cual usted esté de acuerdo.

1 Instruyo que todas las medidas médicamente apropiadas se proporcionen para prolongar mi vida, independientemente de mi estado físico o mental.

2. Hay circunstancias en que no querría que mi vida fuese prolongada por tratamiento médico. En tales circunstancias, no se iniciarán medidas para mantenerme en vida y, si ya se han iniciado, las mismas serán suspendidas. Reconozco que es probable que tal medida acelere mi muerte. A continuación especifico las circunstancias en que escogería rehusar las medidas de prolongamiento de mi vida.

*Si ha puesto sus iniciales en la declaración 2, sírvase ponerlas en la página siguiente en cada una de las declaraciones (***a, b, c***)* con las cuales esté de acuerdo.

a._____Me doy cuenta que puede llegar un momento cuando se me diagnostique como presentando una enfermedad o afección incurable e irreversible. Si ello ocurriese y mi médico de cabecera y por lo menos otro médico que me haya examinado personalmente determinasen que mi estado es **terminal**, instruyo que no se recurra a medidas de prolongación de vida que servirían solamente para prolongarla artificialmente hasta mi muerte, o que las mismas se suspendan. También instruyo que se me administre todo el cuidado médicamente apropiado necesario para mantener mi comodidad y aliviarme el dolor.

En el espacio proporcionado escriba la frase entre corchetes con la que usted esté de acuerdo.

Para mí, el estado terminal significa que mis médicos han determinado que:

_____

[Moriré en unos pocos días]
[Moriré en unas pocas semanas]
[Tengo una esperanza de vida de aproximadamente_ _o menos (*escriba 6 meses o un año)*]

b._____Si llegara un momento en que estuviese **permanentemente inconsciente** y mi médico de cabecera y por lo menos otro médico con la experiencia apropiada, que me haya examinado personalmente, determinasen que he perdido total e irreversiblemente la consciencia y mi capacidad para interactuar con otras personas y el medio ambiente, instruyo que se denieguen o suspendan las medidas para mantenerme en vida. Entiendo que en tal estado no sufriré dolor o incomodidad e instruyo que se me administre todo el cuidado médicamente apropiado necesario para mantener mi higiene y dignidad personales.

c._____Comprendo que puede llegar un momento en que se me diagnostique como presentando una enfermedad o afección **incurable e irreversible** que pueda no ser terminal. Mi afección puede causar que sufra deterioro físico o mental severo y progresivo y/o pérdida permanente de la capacidad y facultades que valoro intensamente. Si, en el curso de mi cuidado médico, la carga de mantenerme con vida con tratamiento se vuelve mayor que los beneficios que yo experimente, instruyo que se denieguen o suspendan las medidas para mantenerme en vida. También instruyo que se me administre todo el cuidado médicamente apropiado necesario para mantenerme cómodo y aliviarme el dolor.

(El párrafo c. cubre una amplia gama de situaciones posibles en que usted puede haber experimentado pérdida parcial o completa de ciertas capacidades mentales y físicas que usted valora intensamente. Si usted desea, en el espacio que se proporciona a continuación puede especificar más detalladamente las condiciones en que usted escogería rechazar medidas de prolongación de la vida. Puede incluir una descripción de las facultades o capacidades que, si se perdiesen irrevocablemente, le llevarían a aceptar la muerte más bien que continuar viviendo. Puede tal vez querer expresar cualquier preocupación especial que tenga acerca de condiciones o tratamientos médicos particulares, o cualquier otra consideración que pudiera proporcionar más guía a los que puedan quedar a cargo de su cuidado. Si es necesario, puede adjuntar una declaración separada a este documento, o usar la ***Sección E*** *para proporcionar instrucciones adicionales.)*

Ejemplos de condiciones que encuentro inaceptables son:

_____
_____
_____
_____
_____

D) INSTRUCCIONES ESPECIFICAS: Líquidos y nutrición proporcionados artificialmente; reanimación cardiopulmonar (CPR): *En la página 3 usted proporcionó instrucciones generales en cuanto a medidas de prolongación de la vida. Aquí se le pide que dé instrucciones específicas en cuanto a dos tipos de medidas de prolongación de la vida: líquidos y nutrición proporcionados artificialmente y reanimación cardiopulmonar.*

En el espacio proporcionado, escriba la frase entre corchetes con la que esté de acuerdo:

1. En las circunstancias que señalé en la página 3, también instruyo que los líquidos y nutrición proporcionados artificialmente, como a través de sonda alimenticia o infusión intravenosa,

_____

[se denieguen o suspendan y que se me permita morir]
[sean proporcionados hasta el punto médicamente apropiado]

2. En las circunstancias que señalé en la página 3, en caso de sufrir un paro cardiaco, también instruyo que la reanimación cardiopulmonar (CPR)

_____

[no se realice y que se me permita morir]
[se realice para mantenerme en vida, a menos que sea médicamente inapropiado o en vano]

3. Si ninguna de las declaraciones anteriores expresa del modo adecuado sus deseos concernientes a líquidos y nutrición proporcionados artificialmente o a CPR, sírvase explicar sus deseos a continuación.

_____
_____
_____

E) INSTRUCCIONES ADICIONALES: *(Debe proporcionar cualquier información adicional acerca de sus preferencias sobre el cuidado de su salud que sea importante para usted y que pueda ayudar a los encargados de su cuidado a cumplir con sus deseos. Usted puede desear instruir a su representante de cuidado de salud, familiares o a los profesionales de salud a quienes consulten con otros, o tal vez desee indicar que su cuidado sea proporcionado por un médico, hospital o sanatorio especializado en particular, o en su hogar. Si usted está o cree que pudiese quedar embarazada, puede desear dar instrucciones específicas. Si necesita más espacio que el proporcionado acá, puede adjuntar una declaración adicional a esta directríz.)*

_____
_____
_____
_____
_____

F) MUERTE CEREBRAL: *(El estado de Nueva Jersey reconoce el cese irreversible de todas las funciones del cerebro completo, incluso el tronco cerebral, [también conocido como muerte cerebral total], como norma legal para la declaración de muerte. Sin embargo, los individuos que no puedan aceptar esta norma debido a sus creencias religiosas personales, pueden solicitar que no se aplique para determinar su muerte.)*

I) FIRMA: Al escribir esta directríz anticipada, informo a los que puedan estar a cargo de mi cuidado acerca de mis deseos sobre el cuidado de mi salud y de mi intención de aliviar la carga de tomar decisiones que tal responsabilidad pudiese imponer. He hablado de los términos de esta designación con mi representante de cuidado de salud, quien ha consentido voluntariamente a aceptar la responsabilidad de actuar en mi nombre, de acuerdo con esta directríz. Entiendo el propósito y efecto de este documento y lo firmo en pleno conocimiento, voluntariamente y después de deliberación cuidadosa.

Firmado este día **de** _____ **de 19**_

firma _____

dirección _____

ciudad _____ estado

J) TESTIGOS: Declaro que la persona que ha firmado este documento, o que ha pedido a otra que firme este documento en su nombre, lo hizo en mi presencia; que tal persona es conocida personalmente por mí y que parece estar en uso completo de sus facultades mentales y libre de presiones o de influencia indebida. Tengo 18 años o más de edad y no se me ha designado por éste o cualquier otro documento como representante del cuidado de salud de la persona ni como representante alterno del cuidado de su salud.

1. testigo _____
   dirección _____
   ciudad _____ estado _____
   firma _____
   fecha _____

2. testigo _____
   dirección _____
   ciudad _____ estado _____
   firma _____
   fecha _____

Comisión de Nueva Jersey sobre Problemas Eticos y Legales en el Descargo del Cuidado de la Salud
(La Comisión de Bioética de Nueva Jersey)
Marzo de 1991

DIRECTRIZ ESCRITA

Entiendo que, como adulto competente, tengo el derecho de tomar decisiones acerca del cuidado de mi salud. Puede llegar un momento cuando sea incapaz, debido a incapacitación física o mental, de tomar decisiones acerca de mi propia salud. En tales circunstancias, los que se ocupen de mí necesitarán instrucciones concernientes a mi cuidado y necesitarán información acerca de mis valores y deseos de cuidado de salud. A fin de proporcionar la guía y autoridad necesarias para tomar decisiones en mi nombre:

A) Yo, _____ por la presente declaro y hago conocer a mi médico y a otros, mis instrucciones y deseos para el cuidado futuro de mi salud. Instruyo que todas las decisiones de cuidado de mi salud, incluso decisiones de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento usado para diagnosticar, tratar o cuidar mi afección física o mental y las decisiones sobre proporcionar, denegar o suspender medidas de mantenimiento de la vida, se hagan de acuerdo con mis deseos según se expresan en este documento. Esta directríz escrita entrará en vigor en caso de que yo sea incapaz de tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud, según lo determine el médico con responsabilidad primaria por mi cuidado y cualquier otra determinación confirmatoria necesaria. Ordeno que este documento se incluya como parte de mi expediente médico permanente.

PARTE UNO: Declaración de Mis Deseos en lo Concerniente al Cuidado Futuro de Mi Salud

En la **Parte Uno**, *se le pide que proporcione instrucciones concernientes al cuidado futuro de su salud. Tendrá que hacer elecciones importantes y tal vez difíciles. Antes de completar su directríz, debiera hablar de estos asuntos con su médico, familiares u otros en quienes pueda recaer la responsabilidad por su cuidado.*

En las **Secciones B y C** *puede establecer las circunstancias en que las diversas formas de tratamiento médico, incluso medidas de prolongación de la vida, deben ser proporcionadas, denegadas o suspendidas. Si las opciones y selecciones que se dan más abajo no expresan completamente sus deseos, debe usar la* **Sección D** *y/o adjuntar una declaración a este documento que proporcione a los que sean responsables de su cuidado información adicional que usted crea que les ayudaría a tomar decisiones acerca de su tratamiento médico.* **Sírvase familiarizarse con todas las secciones de la Parte Uno antes de completar su directríz.**

B) INSTRUCCIONES GENERALES. A fin de informar a los responsables de mi cuidado acerca de mis deseos específicos, hago la siguiente declaración de puntos de vista personales en cuanto al cuidado de mi salud:

Sírvase colocar sus iniciales junto a UNA de las siguientes declaraciones con la cual usted esté de acuerdo.

1 _____ Instruyo que todas las medidas médicamente apropiadas se proporcionen para prolongar mi vida, independientemente de mi estado físico o mental.

2. _____ Hay circunstancias en que no querría que mi vida fuese prolongada por tratamiento médico. En tales circunstancias, no se iniciarán medidas para prolongar mi vida y, si ya se han iniciado, serán suspendidas. Reconozco que es probable que tal medida acelere mi muerte. A continuación especifico las circunstancias en que escogería rehusar las medidas para prolongar mi vida.

*Si ha puesto sus iniciales junto a la declaración 2 en la página 1, sírvase ponerlas en cada una de las declaraciones (***a, b, c***) con las cuales esté de acuerdo.*

a._____Me doy cuenta que puede llegar un momento cuando se me diagnostique como presentando una enfermedad o afección incurable e irreversible. Si ello ocurriese y mi médico de cabecera y por lo menos otro médico que me haya examinado personalmente determinasen que mi estado es **terminal**, instruyo que no se recurra a medidas de prolongación de vida que servirían solamente para prolongarla artificialmente hasta mi muerte, o que las mismas se suspendan. También instruyo que se me administre todo el cuidado médicamente apropiado necesario para mantener mi comodidad y aliviarme el dolor.

En el espacio proporcionado escriba la frase entre corchetes con la que usted esté de acuerdo.

Para mí, el estado terminal significa que mis médicos han determinado que:

_____

[Moriré en unos pocos días] **[Moriré en unas pocas semanas]**
[Tengo una esperanza de vida de aproximadamente_____o menos (*escriba 6 meses o un año)*]

b._____Si llegara un momento en que estuviese **permanentemente inconsciente** y mi médico de cabecera y por lo menos otro médico con la experiencia apropiada, que me haya examinado personalmente, determinasen que he perdido total e irreversiblemente la consciencia y mi capacidad para interactuar con otras personas y mi medio ambiente, instruyo que se denieguen o suspendan las medidas para mantenerme en vida. Entiendo que en tal estado no sufriré dolor o incomodidad e instruyo que se me administre todo el cuidado médicamente apropiado necesario para mantener mi higiene y dignidad personales.

c._____Comprendo que puede llegar un momento en que se me diagnostique como presentando una enfermedad o afección **incurable e irreversible** que puede no ser terminal. Mi afección puede causar que sufra deterioro físico o mental severo y progresivo y/o pérdida permanente de la capacidad y facultades que valoro intensamente. Si, en el curso de mi cuidado médico, la carga de mantenerme en vida con tratamiento se vuelve mayor que los beneficios que yo experimente, instruyo que se denieguen o suspendan las medidas para mantenerme en vida. También instruyo que se me administre todo el cuidado médicamente apropiado, necesario para mantenerme cómodo y aliviarme el dolor.

(El párrafo c. cubre una amplia gama de situaciones posibles en que usted puede haber experimentado pérdida parcial o completa de ciertas capacidades mentales y físicas que usted valora intensamente. Si usted desea, en el espacio que se proporciona a continuación puede especificar más detalladamente las condiciones en que usted escogería rechazar medidas de prolongación de la vida. Puede incluir una descripción de las facultades o capacidades que, si se perdiesen irrevocablemente, le llevarían a aceptar la muerte más bien que continuar viviendo. Puede tal vez querer expresar cualquier preocupación especial que tenga acerca de condiciones o tratamientos médicos particulares, o cualquier otra consideración que pudiera proporcionar más guía a los que puedan quedar a cargo de su cuidado. Si es necesario, puede adjuntar una declaración separada a este documento, o usar la ***Sección D*** *para proporcionar instrucciones adicionales.)*

Ejemplos de condiciones que encuentro inaceptables son:

_____

_____

_____

_____

_____

C) INSTRUCCIONES ESPECIFICAS: Líquidos y nutrición proporcionados artificialmente; reanimación cardiopulmonar (CPR): *En la página 2 usted proporcionó instrucciones generales en cuanto a medidas de prolongación de la vida. Aquí se le pide que dé instrucciones específicas en cuanto a dos tipos de medidas de mantenimiento de la vida: líquidos y nutrición proporcionados artificialmente y reanimación cardiopulmonar.*

En el espacio proporcionado, escriba la frase entre corchetes con la que esté de acuerdo:

1. En las circunstancias que señalé en la página 2 también instruyo que los líquidos y nutrición proporcionados artificialmente, como a través de sonda alimenticia o infusión intravenosa,

_____

[se denieguen o suspendan y que se me permita morir]
[sean proporcionados hasta el punto médicamente apropiado]

2. En las circunstancias que señalé en la página 2, en caso de sufrir un paro cardiaco, también instruyo que la reanimación cardiopulmonar (CPR)

_____

[no se realice y que se me permita morir]
[se realice para prolongar mi vida, a menos que sea médicamente inapropiado o en vano]

3. Si ninguna de las declaraciones anteriores expresa del modo adecuado sus deseos concernientes a líquidos y nutrición proporcionados artificialmente o a CPR, sírvase explicar sus deseos a continuación.

_____
_____
_____
_____

D) INSTRUCCIONES ADICIONALES: *(Debe proporcionar cualquier información adicional acerca de sus preferencias sobre el cuidado de su salud que sea importante para usted y que pueda ayudar a los encargados de su cuidado a cumplir con sus deseos. Usted puede desear instruir a sus familiares o a los profesionales de salud a quienes consulten con otros, o tal vez desee indicar que su cuidado sea proporcionado por un médico, hospital o sanatorio especializado en particular, o en su hogar. Si usted está o cree que pudiese quedar embarazada, puede desear dar instrucciones específicas. Si necesita más espacio que el proporcionado acá, puede adjuntar una declaración adicional a esta directríz.)*

_____
_____
_____
_____

E) MUERTE CEREBRAL: *(El estado de Nueva Jersey reconoce el cese irreversible de todas las funciones del cerebro completo, incluso el tronco cerebral, [también conocido como muerte cerebral total], como norma legal para la declaración de muerte. Sin embargo, los individuos que no pueden aceptar esta norma debido a sus creencias religiosas personales, pueden solicitar que no se aplique para determinar su muerte.)*

Coloque sus iniciales junto a la siguiente declaración solamente si se aplica en su caso:

_____Una declaración de muerte en base a la norma de muerte cerebral total violaría mis creencias religiosas personales. Por lo tanto, deseo que mi muerte se declare solamente en base a los criterios tradicionales de cese irreversible de función cardiopulmonar (latidos y respiración).

F) DESPUES DE LA MUERTE - DONACIONES ANATOMICOS: *(Ahora es posible trasplantar órganos y tejidos humanos para salvar y mejorar la vida de otras personas. Los órganos, tejidos y otras partes del cuerpo también se usan para tratamiento, investigaciones médicas y educación. Esta sección le permite indicar su deseo de hacer un obsequio anatómico y, si es así, proporcionar instrucciones para cualquier limitación o uso especial.)*

Coloque sus iniciales junto a las declaraciones que expresen sus deseos:

1. Deseo hacer la siguiente donación anatómico que entrará en vigor cuando yo muera:

A.____cualquier órgano o parte del cuerpo que se necesite
B.____solamente los siguientes órganos o partes

_____

para propósitos de trasplante, tratamiento, investigaciones médicas o educación, o

C.____mi cuerpo para estudio anatómico, si es necesario.
D.____limitaciones especiales, si existen:

_____

Si desea proporcionar instrucciones adicionales, como indicar su preferencia de que sus órganos se den a una persona o institución específica, o sean usados para un propósito específico, sírvase hacerlo en el espacio proporcionado a continuación.

_____
_____
_____

2. **No deseo** hacer una donación anatómico al morirme.

PARTE DOS: Firma y Testigos

G) COPIAS: El original o una copia de este documento ha sido entregado a las siguientes personas *(NOTA: Es importante que entregue una copia de su directriz a un familiar, un amigo o a su médico.)*

1. nombre _____ 2. nombre _____
dirección _____ dirección _____
ciudad _____ estado _____ ciudad _____ estado _____
teléfono _____ teléfono _____

H) FIRMA: Al escribir esta directríz anticipada, informo a los que puedan quedar a cargo de mi cuidado acerca de mis deseos sobre el cuidado de mi salud y de mi intención de aliviar la carga de tomar decisiones que tal responsabilidad pudiese imponer. Entiendo el propósito y efecto de este documento y lo firmo en pleno conocimiento, voluntariamente y después de deliberación cuidadosa.

Firmado este día de _____ de 19_

firma _____

dirección _____

ciudad _____ estado _____

I) TESTIGOS: Declaro que la persona que ha firmado este documento, o que ha pedido a otra que firme este documento en su nombre, lo hizo en mi presencia; que tal persona es conocida personalmente por mí y que parece estar en uso completo de sus facultades mentales y libre de presiones o de influencia indebida. Tengo 18 años o más de edad y no se me ha designado por éste o cualquier otro documento como representante del cuidado de salud de la persona ni como representante alterno del cuidado de su salud.

1. testigo _____

dirección _____

ciudad _____ estado _____

firma _____

fecha _____

2. testigo _____

dirección _____

ciudad _____ estado _____

firma _____

fecha _____

Comisión de Nueva Jersey sobre Problemas Eticos y Legales en el Descargo del Cuidado de la Salud
(La Comisión de Bioética de Nueva Jersey)
Marzo de 1991

Lista para cotejar: Preguntas que debe hacerse a sí mismo

I. Pensar sobre sus deseos de cuidado de salud

A. ¿Por qué estoy escribiendo una directríz anticipada?
B. ¿Cuáles son mis deseos sobre el tratamiento?
   1. ¿en situaciones cercanas al final de mi vida?
   2. ¿en situaciones de lesión o enfermedad graves?

II. Hablar con otros

A. Médicos y otros profesionales de salud
   1. ¿entiendo la terminología médica?
   2. ¿entienden ellos mis deseos?
B. Mis amigos, familiares y otros
   1. ¿he hablado directamente y examinado a fondo mis deseos con ellos?
   2. ¿entienden ellos mis deseos?

III. Selección de un representante de cuidado de salud

A. ¿Tengo confianza en que mi representante designado entiende mis valores personales y deseos de cuidado de mi salud?
B. ¿Entiende sus responsabilidades mi representante de cuidado de salud?
C. ¿Ha estado claramente de acuerdo en servir como mi representante y comunicar mis deseos a mi médico y otros individuos implicados en mi cuidado?
D. ¿He seleccionado a un representante de cuidado de salud suplente?

IV. Mis instrucciones. ¿He establecido claramente mis instrucciones e incluido otra información relevante acerca de mis deseos de tratamiento en cuanto a:

A. proporcionar, denegar o suspender tratamientos específicos?
B. proporcionar líquidos y nutrición artificialmente?
C. las situaciones médicas en que quiero que se implementen mis deseos?
D. consideraciones especiales que yo pueda tener concernientes a mi cuidado y tratamiento?

V. Testigos. ¿He obtenido la firma adecuada de testigos para mi directríz?

VI. Distribución de mi directríz anticipada. ¿He dado una copia de mi directríz a los que debieran tenerla, por ejemplo:

A. mi representante de cuidado de salud?
B. mi médico u otro profesional de salud?
C. el hospital o sanatorio especializado en que estoy por ingresar?
D. mis familiares, amigos, representantes suplentes y mi consejero religioso?

VII. Examen periódico. ¿Me he puesto una nota para examinar mi directríz regularmente en el futuro?

VIII. Tarjeta de billetera. ¿He completado la tarjeta de billetera situada en el interior de la cubierta trasera de este folleto, que comunica a otros que tengo una directríz anticipada y con quién ponerse en contacto si deseasen más información?

TENGO UNA DIRECTRIZ ANTICIPADA PARA CUIDADO DE SALUD

Nombre_____
Dirección_____
Ciudad_____ estado_____

para obtener información ponerse en contacto a la mayor brevedad con:

Nombre _____ teléfono _____
Dirección _____
Ciudad _____ estado _____

O CON:

Nombre_____ teléfono _____
Dirección _____
Ciudad _____ estado_____

TARJETA DE DONANTE DE ORGANOS

Con la esperanza de ayudar a otros, por la presente hago una donación anatómico que entrará en vigor en el momento de mi muerte. Las palabras y marcas a continuación indican mis deseos.

Doy ..... Cualquier órgano o parte que se necesite
o ..... Solamente los siguientes órganos o partes

_____
Para trasplante, tratamiento, investigación médica o educación

Firmado por el donante y los dos testigos siguientes, en presencia mutua.

Firma del donante _____ Fecha de nacimiento del donante_____

Fecha de firma_____

Ciudad y estado _____

Testigo _____ Testigo _____

Este es un documento legal según la Ley Uniforme de Donación Anatómico.

Printed by Magnum II, Inc.

Comisión de Nueva Jersey
sobre Problemas Eticos y Legales en
el Descargo del Cuidado de la Salud

Marzo de 1991

G9371