

Directiva anticipada

incluyendo un poder duradero para atención médica

Resumen

Este documento legal cumple con los requisitos para Missouri. Le permite:

- Nombrar a otra persona para que tome decisiones sobre su atención médica si usted no puede hacerlo por su cuenta.
- Escribir sus metas y preferencias para la atención médica futura en situaciones específicas.

La persona que nombre se llama su agente de atención médica. También puede nombrar agentes de atención médica alternativos que puedan tomar decisiones si la persona a la que nombró en primer o segundo lugar no puede o no desea tomar esas decisiones. Este documento otorga a su agente de atención médica la autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre suyo solo después de que los médicos determinen que usted es incapaz de tomar decisiones de atención médica por usted mismo.

Al seleccionar su agente de atención médica, elija a alguien que lo conozca bien. Debe ser alguien en quien usted confíe y que respete sus puntos de vista y valores. Esta persona debe poder tomar decisiones difíciles bajo estrés. A menudo, los miembros de la familia son buenas opciones, pero no siempre. Elija a alguien que seguirá bien lo que usted desea y que será un buen defensor suyo. Tómese el tiempo para analizar este documento y sus puntos de vista con la persona(s) que elija para que sea su agente(s) de atención médica.

Un agente de atención médica debe tener al menos 18 años de edad. Su agente de atención médica no puede ser uno de sus proveedores de atención médica, o un empleado de su proveedor de atención médica, a menos que dicha persona sea un pariente cercano suyo.

Este documento **no** otorga autoridad a su agente de atención médica para:

- Tomar decisiones financieras u otras decisiones comerciales.
- Tomar ciertas decisiones sobre su tratamiento de salud mental.

Lea esta directiva anticipada cuidadosamente antes de completarla y firmarla. **Debe analizar sus metas, valores y esta directiva anticipada con su agente(s) de atención médica. A menos que lo platique con su agente(s) de atención médica, es posible que dicha persona desconozca las metas que usted tiene para poder seguir sus instrucciones.**

Recomendación: Haga una cita con un facilitador de planificación de atención avanzada para obtener ayuda. Si esta directiva anticipada no satisface sus necesidades, pregúntele a su organización de salud o abogado acerca de otras opciones.

Para completar esta directiva anticipada

Esta directiva anticipada se divide en cuatro partes:

Parte 1 - Mi agente de atención médica

Parte 2 - Autoridad general del agente de atención médica

Parte 3 - Declaración de deseos, instrucciones de cuidado o límites

Parte 4 - Hacer el documento legal

Siga las instrucciones en cada una de las cuatro partes.

Qué hacer después de completar esta directiva anticipada

Siga estos pasos:

- Hable con la persona(s) que nombró como su agente(s) de atención médica acerca de sus metas y preferencias para la atención médica futura, si aún no lo ha hecho. Asegúrese de que se sientan capaces de hacer este trabajo importante para usted en el futuro.
- Entregue a su agente(s) de atención médica una copia de esta directiva anticipada.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que podrían estar involucrados si tiene una enfermedad o lesión grave. Asegúrese de que sepan quiénes son sus agentes de atención médica y cuáles son las preferencias tuyas.
- Entregue una copia a su médico y / o a su centro de atención médica. Asegúrese de que sus preferencias sean entendidas.
- Guarde una copia de esta directiva anticipada donde pueda encontrarla fácilmente.
- Si va a un hospital u hogar de ancianos, lleve una copia de esta directiva anticipada y solicite que se incluya en su expediente médico.

- Revise y actualice esta directiva anticipada cuando ocurra cualquiera de las "Cinco D":

Década – cuando comienza cada nueva década de su vida.

Deceso (muerte) (o una disputa) – cuando un ser querido o un agente de atención médica muere (o no está de acuerdo con las preferencias tuyas).

Divorcio – cuando ocurre un divorcio (o anulación). Si su cónyuge o pareja doméstica es su agente de atención médica, su directiva anticipada ya no es válida. Debe completar una nueva directiva anticipada, incluso si desea que su ex cónyuge o ex pareja siga siendo su agente de atención médica.

Diagnóstico – cuando se le diagnostica una enfermedad grave.

Deterioro – cuando su salud empeora, especialmente cuando usted no puede vivir por su cuenta.

- Si sus metas y preferencias cambian:
 - Hable con su(s) agente(s) de atención médica, su familia, su médico y todas las personas que tengan copias de esta directiva anticipada.
 - Luego, complete una nueva directiva anticipada.
- Recorte la tarjeta de abajo, llénela, pliéguela y colóquela en su billetera.

Copias de este documento han sido entregadas a:

Agente de atención médica

Nombre _____

Agente alterno de atención médica

Nombre _____

2do agente alterno de atención médica

Nombre _____

Profesional de la salud / Organización

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

¿Necesita ayuda? Si necesita ayuda para completar este documento, puede comunicarse con estas oficinas de 8 a.m. a 4:30 p.m.

- ◆ CoxHealth Center for Health Improvement 417-269-3903
- ◆ Mercy Pastoral Care 417-820-2735



Este documento es un proyecto de Respecting Choices of the Ozarks, cuyos socios incluyen CoxHealth, Mercy Springfield, Burrell Behavioral Health, Departamento de Salud del Condado de Springfield-Greene y Jordan Valley Community Health Center, con fondos de Hospice Foundation of the Ozarks.

✂----- Corte aquí -----

TENGO UNA DIRECTIVA ANTICIPADA

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____



Mi directiva anticipada está archiva en este centro de atención médica

Estado/Ciudad _____

Teléfono _____

Nombre de mi agente de atención médica

Nombre _____

Teléfono _____

✂----- Corte aquí -----

Esta es una directiva anticipada para:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono
(Casa) _____

(Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/Código Postal _____

Tengo la intención de que este documento sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presente. Las disposiciones de este documento son separables, por lo que la invalidez de una o más disposiciones no afectará a ninguna otra. Una copia de este documento debe ser tan válida como el original.

Parte 1: Mi agente de atención médica

Si ya no puedo tomar mis propias decisiones sobre el cuidado de la salud, este documento nombra a la persona que elijo para hacer estas elecciones por mí. Esta persona será mi agente de atención médica. La ley estatal dice que él o ella tomará decisiones de atención médica solo después de que los médicos determinen que soy incapaz de tomar decisiones sobre la atención médica. Mi agente de atención médica tomará decisiones sobre mi atención médica como lo haría yo si pudiera. Entiendo que es importante para mí mantener conversaciones constantes con mi(s) agente(s) sobre mi atención médica y mis opciones de atención médica.

Este es un Poder Notarial Duradero, y la autoridad de mi agente de atención médica, cuando esté vigente, no terminará ni se anulará ni será anulable si estoy incapacitado o llego a estar incapacitado o en el caso de incertidumbre posterior sobre si estoy muerto o vivo.

Mi agente de atención médica, que actúa bajo los poderes de este documento, no se hará financieramente responsable de mis gastos. Si mis agentes tienen gastos razonables para llevar a cabo mis deseos, se les puede reembolsar. Ejemplos de tales gastos son el millaje, copias, etc. Ninguna persona que confíe en mis agentes de atención médica para llevar a cabo mis deseos será responsable ante mí o mi patrimonio por hacerlo.

La persona que elijo como mi agente de atención médica es:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono (Casa) _____

(Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/C.P. _____

Si esta persona no puede o no quiere tomar decisiones por mí, mi siguiente opción es: Segunda opción (agente de atención médica alternativo):

Nombre _____ Relación _____

Teléfono (Casa) _____

(Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/C.P. _____

Inicial _____

Si este agente de atención médica alternativo no puede o no quiere tomar estas decisiones por mí, **entonces mi próxima opción para un agente de atención médica es:**

Tercera opción (segundo agente de atención médica alternativo):

Nombre _____ Relación _____
Teléfono (Casa) _____
(Trabajo) _____ (Celular) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado/C.P. _____

Ponga sus iniciales en la casilla antes de la afirmación con la que está de acuerdo:

☐ Ingresa aquí si NO tiene un agente y desea que sus proveedores utilicen este documento.

SI NO HE DESIGNADO UN AGENTE EN EL PODER NOTARIAL DURADERO, LA PARTE III DE ESTE DOCUMENTO QUEDA TOTALMENTE EN VIGOR Y EFECTO COMO MI DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.

☐ Este documento entra en vigencia cuando UN médico decide que no puedo tomar mis decisiones de atención médica.

☐ Este documento entra en vigencia cuando DOS médicos deciden que no puedo tomar decisiones sobre mi atención médica.

Parte 2: Autoridad general del agente de atención médica

Quiero que mi agente de atención médica pueda hacer lo siguiente:

*Tache con una línea lo que se detalla a continuación que usted **no** desea que haga su agente de atención médica. Por ejemplo, debe verse así: ~~Decidir sobre~~*

- Decidir sobre exámenes, medicamentos, cirugía y otros cuidados médicos. Si el tratamiento ha comenzado, mi agente puede mantenerlo o detenerlo, según mis instrucciones o mis mejores intereses.
- Interpretar mis instrucciones en función de lo que él o ella sabe de mis preferencias y valores.
- Revisar y divulgar mis expedientes médicos y archivos personales según sea necesario para mi atención médica.
- Decidir si los órganos o tejidos (regalos anatómicos) pueden donarse después de mi muerte de acuerdo con mis preferencias y valores.
- Hacer todos los arreglos necesarios para mi atención médica, incluido hospitales, instalaciones de tratamiento psiquiátrico, centro de cuidado de pacientes terminales, centro de cuidado de enfermería o cualquier otra organización de atención médica en Missouri o en cualquier otro estado que mi agente de atención médica considere necesario.
- Firmar una orden de no resucitar fuera del hospital (que también debe estar firmada por un médico).
- Determinar los profesionales de la salud y organizaciones que brindan mi tratamiento médico.

Inicial _____

Ponga sus iniciales en la casilla al lado de la afirmación con la que está de acuerdo:

Retención o retiro del tubo de alimentación

☐ **Sí, mi agente de atención médica puede tomar la decisión** de suspender o retirar los tubos de alimentación, incluida la hidratación por vía intravenosa.

☐ **No, mi agente de atención médica no puede tomar la decisión** de suspender o retirar los tubos de alimentación, incluida la hidratación por vía intravenosa.

Parte 3: Declaración de deseos, disposiciones especiales o limitaciones

Mi agente de atención médica tomará decisiones de acuerdo con mis deseos y valores establecidos. Él o ella está sujeto a cualquier instrucción o limitación especial que yo pueda enumerar aquí.

Si hay conflictos entre mis valores y metas conocidos, quiero que mi agente de atención médica tome la decisión que mejor represente mis valores y preferencias. Si requiero tratamiento en un estado que no reconoce esta directiva anticipada, o no se puede contactar a mi agente de atención médica, quiero que se sigan las instrucciones según mi ley común y derecho constitucional de dirigir mi propia atención médica.

Si elige **no** proporcionar ninguna instrucción, se recomienda que tache con una línea y escriba "sin instrucciones" en la sección.

Si elige **no** proporcionar ninguna instrucción, su agente de atención médica tomará decisiones en función de sus conversaciones anteriores o lo que se considera su mejor interés.

Para completar esta parte:

Ponga sus iniciales en la casilla al lado de la afirmación con la que está de acuerdo.
*Puede agregar **otras instrucciones de cuidado específicas** en la página siguiente.*

1. Tratamientos que pueden prolongar la vida si estoy en esta situación.

Con cualquiera de las opciones a continuación, entiendo que me mantendrán limpio y cómodo. Continuaré recibiendo medicamentos para el dolor y comodidad, y alimentos y líquidos por vía oral si puedo tragar de forma segura.

Si estoy enfermo o lesionado y mis médicos creen que hay pocas posibilidades de que recupere la capacidad de saber quién soy, quiénes son mis familiares y amigos, o dónde estoy, esta es mi decisión:

☐ **Quiero rechazar o detener todos los tratamientos de prolongación de la vida.** Algunos ejemplos son una máquina que respira por mí (respirador / ventilador), tubos de alimentación, productos sanguíneos, antibióticos o líquidos administrados por vía intravenosa, tratamientos para condiciones médicas crónicas u otros medicamentos.

☐ **Quiero recibir todos los tratamientos de prolongación de la vida,** a menos que mi médico determine que los tratamientos me dañarían en vez de ayudarme.

Inicial _____

2. Reanimación cardiopulmonar (RCP).

Ponga sus iniciales en la casilla al lado de la afirmación con la que está de acuerdo.

Según mi estado de salud actual, esta es mi opción sobre la RCP si mi corazón o la respiración se detienen:

☐ Deseo que se intente la RCP a menos que mi proveedor tratante determine que:

- Tengo una afección médica grave y no hay posibilidades razonables de supervivencia con RCP,
O
- La RCP me haría más daño en vez de ayudarme.

☐ No quiero RCP. Déjenme morir de muerte natural.

Si no desea que el personal de emergencia le proporcione RCP, tendrá que hablar con su proveedor de atención médica sobre otros documentos que necesita.

Otras instrucciones o limitaciones que deseo que mi agente de atención médica siga:

Al morir

Autorizo a mi agente de atención médica a tomar decisiones sobre lo que le sucede a mi cuerpo después de la muerte.

Estas son instrucciones para después de mi muerte. Si he decidido no permitir que mi agente de atención médica tome estas decisiones (página 3), le pido a mi pariente más próximo y al médico que sigan estas solicitudes si es posible.

Donación de mis órganos o tejidos (Regalos anatómicos) *Ejemplos de órganos son riñón, hígado, corazón y pulmones. Ejemplos de tejido son ojos, piel, huesos y válvulas cardíacas.*

Ponga sus iniciales en la casilla al lado de la afirmación con la que está de acuerdo.

☐ A. No deseo donar ninguna parte de mi cuerpo.

☐ B. Después de morir, deseo donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda ayudar a otros. *

☐ C. Después de morir, deseo donar **solo** los siguientes órganos y tejidos *:

* Si marcó B o C, regístrese en su estado en www.DonateLife.net.

Arreglos fúnebres o finales *Ponga sus iniciales en la casilla al lado de su elección a continuación.*

☐ He hecho arreglos a través de la siguiente funeraria:

☐ No he hecho ningún arreglo funerario o final, pero mis deseos son los siguientes: _____

Inicial _____

Parte 4: Legalizar el documento

Este documento debe estar firmado y fechado **frente a dos testigos** que cumplan con los requisitos enumerados a continuación. **Si nombra a un agente de atención médica en la Parte 1, la ley de Missouri requiere la firma de un notario, por lo que debe estar presente un notario cuando usted firme.**

Mi firma

Estoy en mi sano juicio, estoy de acuerdo con todo lo que está escrito en este documento, y he completado este documento voluntariamente.

Mi firma _____ Fecha _____

Declaración de Testigos

Al firmar este documento como testigo, certifico que:

- Tengo al menos 18 años de edad.
- No estoy relacionado por consanguinidad, matrimonio, pareja doméstica o adopción con la persona que firma este documento.
- No soy un agente de atención médica designado por la persona que firma este documento.

Sé que esta es la persona identificada en el documento. Creo que él o ella tiene sano juicio y al menos tiene 18 años. Personalmente fui testigo de cómo firmó este documento, y creo que lo hizo voluntariamente.

Testigo número uno:

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/C.P. _____

Testigo número dos:

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/C.P. _____

CERTIFICACIÓN DEL NOTARIO

ESTADO DE MISSOURI)
) SS
CONDADO DE _____)

En este _____ día de _____ (mes) de _____ (año),

antes mí comparece personalmente _____,
persona que conozco como la descrita en el presente documento y quien firmo este documento reconociendo que lo firmó libre y voluntariamente.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, suscribo el presente y lo sello con mi sello oficial en el condado o ciudad y estado anteriormente mencionados, el día y año antes mencionados.

_____, Notario Público

Inicial _____

(Nombre en letra de molde)