



Instrucción para médicos y familiares o sustitutos

000289

Yo, _____, reconozco que la mejor atención de la salud se basa en una sociedad de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos juntos las decisiones sobre atención de la salud mientras tenga pleno uso de mis facultades mentales y pueda dar a conocer mis deseos. Si llega un momento en el que no pueda tomar decisiones relacionadas con mi atención de la salud debido a enfermedad o lesión, ordeno que se respeten las siguientes preferencias de tratamiento:

Si, según el criterio de mi médico, tengo una **afección terminal** debido a la cual se prevé que muera dentro de un período de seis meses, incluso con **tratamiento de soporte vital** disponible administrado de conformidad con los estándares imperantes de atención médica:

_____ Solicito que se interrumpan o se retengan todos los tratamientos, excepto aquellos necesarios para mantenerme aliviado, y que mi médico me permita morir lo más cuidadosamente posible; O

_____ Solicito que se me mantenga con vida con esta **afección terminal** utilizando **tratamiento de soporte vital** disponible. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS).

Si, según el criterio de mi médico, sufro una **afección irreversible** por la cual no puedo cuidarme a mí mismo ni tomar decisiones por mí mismo y se prevé que moriré sin **tratamiento de soporte vital** administrado de conformidad con los estándares imperantes de atención médica:

_____ Solicito que se interrumpan o se retengan todos los tratamientos, excepto aquellos necesarios para mantenerme aliviado, y que mi médico me permita morir lo más cuidadosamente posible; O

_____ Solicito que se me mantenga con vida con esta **afección irreversible** utilizando **tratamiento de soporte vital** disponible. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS).

Solicitudes adicionales: (Después de analizarlo con su médico, le recomendamos que tenga en cuenta incluir en este espacio tratamientos particulares que usted desea o no desea en circunstancias específicas, como **nutrición y líquidos artificiales**, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de indicar si desea o no el tratamiento en particular).

Después de firmar esta instrucción, si mi representante o yo elegimos cuidados paliativos, comprendo y acepto que solo se me administrarán los tratamientos necesarios para mantenerme aliviado y no se me administrarán **tratamientos de soporte vital** disponibles.

Si no cuento con un Poder médico, y no puedo dar a conocer mis deseos, designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para tomar decisiones de tratamiento con mi médico compatibles con mis valores personales:

1. _____

2. _____

(Si se ha ejecutado un Poder médico, entonces ya se ha nombrado un agente y no debe incluir nombres adicionales en este documento).

Si las personas mencionadas anteriormente no están disponibles, o si no he designado un vocero, comprendo que se elegirá un vocero para mí siguiendo los estándares especificados en las leyes de Texas. Si, según el criterio de mi médico, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, incluso con el uso de tratamiento médico disponible proporcionado dentro del estándar de atención imperante, reconozco que todos los tratamientos pueden retenerse o eliminarse, excepto aquellos necesarios para mantenerme aliviado. Comprendo que en virtud de la ley de Texas esta instrucción no tiene ningún efecto si se me ha diagnosticado un embarazo. Esta instrucción seguirá teniendo efecto hasta que la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

Firma _____

Fecha _____

Ciudad, Condado, Estado, País de residencia _____

Esta instrucción no tiene validez a menos que sea firmada en presencia de dos testigos adultos competentes [OPCIÓN 1], o, en lugar de firmar en presencia de testigos, el/la declarante puede firmar la instrucción y presentarla ante un notario público para su reconocimiento [OPCIÓN 2].



OPCIÓN 1

Dos testigos adultos competentes deben firmar a continuación y reconocer la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar una decisión relacionada con el tratamiento en nombre del paciente y no puede estar relacionada con el paciente por sangre o matrimonio. El testigo no puede tener derecho a ninguna parte de su patrimonio y no puede tener un reclamo del patrimonio del paciente. Este testigo no puede ser el médico que atiende al paciente o un empleado del médico que atiende al paciente. Si este testigo es un empleado de un establecimiento de atención de la salud en el cual el paciente está recibiendo atención, este testigo no puede estar brindando atención directa al paciente. Este testigo no puede ser un funcionario, director, socio o empleado de oficina comercial de un establecimiento de atención de la salud en el cual está recibiendo atención el paciente para o de cualquier organización matriz del establecimiento de atención de la salud.

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

OPCIÓN 2

RECONOCIMIENTO

Estado de Texas

Condado de _____

Ante mí, el notario público que suscribe, en el día de la fecha compareció (declarante) _____, y reconoció ante mí que él/ella firmó dicho documento a los efectos allí expresados.

Firmado ante mí el (fecha) _____.

Notario Público

(Sello)

**Instrucción para médicos
y familiares o sustitutos**

Página 2 de 3
FORMULARIO N.º 289-S (01/1012)



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE DOCUMENTO

Las leyes de Texas autorizan el uso de instrucciones anticipadas escritas, lo que incluye una instrucción de acuerdo con el siguiente formulario:

Este es un documento legal importante conocido como Instrucción anticipada. Está diseñado para ayudarlo a comunicar sus deseos sobre tratamiento médico en algún momento en el futuro cuando no pueda dar a conocer sus deseos debido a enfermedad o lesión. Por lo general, estos deseos se basan en valores personales. En particular, es recomendable que tenga en cuenta qué cargas o dificultades del tratamiento estaría dispuesto a aceptar por la obtención de una cierta cantidad de beneficio si estuviera gravemente enfermo.

Se lo alienta a que analice sus valores y deseos con su familia o vocero elegido, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención de la salud o institución médica pueden brindarle diversos recursos para ayudarlo a completar sus instrucciones anticipadas. A continuación se incluyen definiciones breves y pueden ayudarlo en sus análisis y en la planificación anticipada. Consigne sus iniciales en las opciones de tratamiento que mejor reflejan sus preferencias personales. Proporcione una copia de sus instrucciones a su médico, hospital habitual y familiar o vocero. Tenga en cuenta una revisión periódica de este documento. Con la revisión periódica, puede asegurarse de que las instrucciones reflejan sus preferencias.

Además de estas instrucciones anticipadas, las leyes de Texas estipulan otros dos tipos de instrucciones que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Estas son el Poder médico y Pedido de no resucitación fuera del hospital. Le recomendamos que analice estas opciones con su médico, familia, representante del hospital u otros asesores. También le recomendamos que complete una instrucción relacionada con la donación de órganos y tejidos.

DEFINICIONES

“Nutrición e hidratación artificial” significa la administración de nutrientes o líquidos a través de un tubo insertado en una vena, debajo de la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tubo gastrointestinal).

“Afección irreversible” significa una afección, lesión o enfermedad:

- (1) que puede tratarse, pero no puede curarse ni erradicarse;
- (2) que deja a una persona incapaz de cuidarse o tomar decisiones por el propio bien de la persona; y
- (3) que, sin tratamiento de soporte vital administrado de conformidad con el estándar de atención médica imperante, es mortal.

Explicación: Muchas enfermedades graves, como cáncer, insuficiencia de los órganos principales (riñón, corazón, hígado o pulmones), y enfermedades cerebrales graves, como enfermedad de Alzheimer, pueden ser consideradas irreversibles desde un primer momento. No tienen cura, pero se puede mantener al paciente con vida durante períodos prolongados si el paciente recibe tratamientos de soporte vital. Más avanzada la misma enfermedad, esta puede considerarse terminal cuando, incluso con tratamiento, se prevé que el paciente muera. Le recomendamos que analice qué cargas de tratamiento estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por alcanzar un resultado en particular. Esta es una decisión muy personal que le recomendamos que analice con su médico, familia u otras personas importantes en su vida.

“Tratamiento de soporte vital” significa tratamiento que, según un criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente y sin el cual el paciente muere. El término incluye tanto medicamentos de soporte vital y soporte vital artificial, como respiradores mecánicos, tratamiento de diálisis renal e hidratación y nutrición artificiales. El término no incluye la administración de analgésicos, la realización de un procedimiento médico para proporcionar atención de alivio o cualquier otra atención médica proporcionada para aliviar el dolor de un paciente.

“Afección terminal” significa una afección incurable causada por una lesión, enfermedad o dolencia que, según criterio médico razonable, producirá la muerte dentro de un período de seis meses, incluso con tratamiento de soporte vital disponible administrado de conformidad con el estándar de atención imperante.

Explicación: Muchas enfermedades graves pueden ser consideradas irreversibles al comienzo de la enfermedad, pero pueden no ser consideradas terminales hasta que la enfermedad está bastante avanzada. Al pensar en las enfermedades terminales y su tratamiento, es recomendable que analice los beneficios y cargas relativos del tratamiento y que analice sus deseos con su médico, familia, u otra persona importante en su vida.

**Instrucción para médicos
y familiares o sustitutos**

