

Persona que asigna al defensor del paciente:


Nombre en letra de imprenta _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de la firma _____

Teléfono de contacto(s) _____

Instrucciones anticipadas



Formularios requeridos
y planificación de atención anticipada

Mantenga este documento para sus registros y haga copias para los defensores del paciente y los proveedores de atención de salud.

Rev. 06/26/13



Una Guía Breve de Planificación Anticipada de Cuidado

Gracias por tomar el tiempo para aprender acerca de la defensa a los pacientes y la planificación anticipada de cuidado.

Hay dos papeles principales:

- Paciente
- Defensor del Paciente

Ambos papeles son importantes. El paciente tiene que pensar cuidadosamente e identificar sus metas y valores y escoger un defensor. El defensor tiene que aprender las metas y valores del paciente y ser consciente de la responsabilidad involucrada.

Este paquete contiene tres documentos:

1. **“Una Guía Breve de “Planificación Anticipada de Cuidado“:** Esto provee un repaso del proceso y instrucciones para completar dos formularios. Sugerimos enfáticamente que tanto el Paciente como el Defensor del Paciente lean esta guía y lo discutan.
2. **Formulario 1: “Escogiendo Mi Defensor del Paciente”:** Este es el formulario que el paciente completará para nombrar y proveer instrucciones para el Defensor del Paciente.
3. **Formulario 2: “Aceptando el Papel como Defensor del Paciente”:** Este es el formulario que el Defensor del Paciente completará indicando que está dispuesto a hacer este rol.

Introducción

Como adulto con la habilidad de tomar sus propias decisiones médicas, usted puede aceptar, rechazar, o detener tratamiento médico. Si pierde la habilidad de tomar sus propias decisiones médicas (por ejemplo, debido a un accidente o enfermedad), alguien tendrá que tomar estas decisiones por usted. Puede elegir la persona que quiera que tome estas decisiones, esta persona se conoce como su “defensor del paciente” y dar a esta persona información acerca de sus preferencias, valores, creencias, deseos y metas que le ayudará a tomar las decisiones que usted quiera.

El formulario “Escogiendo Mi Defensor del Paciente” (también llamado una Directiva Anticipada o un Poder de Representación Duradero para Servicios de Salud) le permite identificar el defensor del paciente que ha elegido. También instruye a su defensor del paciente con respecto a sus valores o deseos, para que puedan actuar apropiadamente en su nombre, si le llaman para hacerlo.

Es importante que ambos entiendan que su defensor del paciente puede tomar decisiones solamente cuando usted carezca de la habilidad para hacerlo.

En Michigan, dos médicos, incluso el médico que lo está atendiendo y otro médico o Psicólogo, tienen que examinarle y declarar que carece de la habilidad de tomar decisiones (también conocido como la capacidad de tomar decisiones) antes que un defensor puede actuar en su nombre.

También es importante que usted y su defensor sepan que bajo la ley de Michigan:

- Mientras usted puede nombrar un defensor del paciente y un defensor del paciente sustituto, solo una persona puede actuar como su defensor en cualquier momento.
- Su defensor del paciente tiene que firmar el formulario titulado “Formulario 2: Aceptando el Papel como Defensor del Paciente” (o un formulario similar) antes de actuar en su nombre.
- Su defensor puede tomar una decisión de rechazar o detener tratamiento de soporte vital solo si usted ha expresado claramente que está permitido hacerlo.



Instrucciones para el Formulario 1:

Escogiendo Mi Defensor del Paciente

Sección 1: Nombrando su Defensor del Paciente

En esta sección usted nombrará su defensor del paciente. También puede nombrar uno o más defensores del paciente sustituto en el caso de que su primera elección ya no puede o no está dispuesto a hacerlo.

Tome tiempo para pensar quién sería para usted un buen defensor.

- Su defensor del paciente puede ser un cónyuge o familiar pero no tiene que serlo.
- Para algunas personas, un amigo/a, pareja, clérigo o colega puede ser la persona indicada. Su defensor tiene que tener por lo menos 18 años de edad.
- Debe ser alguien con quien se sienta cómodo hablando de sus preferencias, valores, deseos y metas.
- Necesita estar dispuesto a seguir aquellas preferencias aunque sean difíciles o estresantes, y aunque las decisiones que usted desea sean diferentes a las que tomaría en su propio cuidado médico.
- Su defensor del paciente tiene que estar dispuesto a aceptar la gran responsabilidad que conlleva este rol.

Resumiendo, un buen defensor del paciente tiene que poder servir como su voz y honrar sus deseos.

Sección 2: Instruyendo a su Defensor del Paciente

En esta sección, usted puede informar a su defensor del paciente acerca de sus preferencias, valores, deseos y metas. Puede dar instrucciones generales, instrucciones específicas, o una combinación de los dos.

Es importante dejarle saber a su defensor del paciente cualquier preocupación particular que tenga sobre tratamiento médico, especialmente sobre tratamiento que usted rehusaría o quiera detener. Es importante saber que bajo la ley de Michigan, su defensor del paciente sólo puede tomar una decisión de rechazar o detener tratamiento de soporte vital si usted claramente le ha dado permiso específico para tomar tal decisión (Sección 2, parte B).

Para poder servirle bien y para tomar las decisiones médicas que usted deseé, su defensor del paciente necesita saber mucho sobre usted. Las discusiones entre usted y la persona que elija para ser su defensor del paciente será única, tal como son únicas sus preferencias, valores, deseos, metas, historia médica y experiencias personales.

Los temas que tal vez quiera discutir con su defensor del paciente son:

- experiencias que haya tenido en el pasado con familiares o seres queridos que estuvieron enfermos;
- creencias espirituales y religiosas, especialmente aquellas en relación a enfermedades y la muerte;
- temores o preocupaciones que tenga sobre enfermedades, discapacidad o la muerte;
- qué le da significado a su vida o qué le alienta cuando afronta desafíos serios.

Si su defensor del paciente no sabe lo usted quiere en cierta circunstancia, es su deber decidir que es lo mejor para usted consultando a su equipo médico.

Sección 3: Sus Deseos Después de La Muerte

Donación de Órganos, Autopsia, Regalo Anatómico y Preferencias de Entierro o Incineración

En esta sección puede, si lo desea, enunciar sus instrucciones en cuanto a donación de órganos/tejido, autopsia, regalo anatómico, y entierro o incineración. Bajo la ley, las instrucciones relacionadas a donación de órganos tienen que ser honrados por su defensor del paciente y su familia después de su muerte.

Sección 4: Firmando el Formulario y Tenerlo Testificado

Si está satisfecho con su elección de defensor del paciente y con la guía que le ha provisto a su defensor del paciente, necesita firmar y poner la fecha en la Sección 4 en presencia de por lo menos dos testigos. Ninguno de los testigos puede ser el defensor del paciente, cónyuge, padres, hermanos, hermana, hijo/a, nieto/a, presunto heredero, médico o empleado de su médico actual, instalación de cuidado de salud, o compañía de seguro médico. Estos testigos necesitan firmar y poner la fecha en el formulario en el lugar designado. Al firmar, ellos están atestiguando que testificaron su firma en el formulario Escogiendo Mi Defensor del Paciente y creen que está en su sano juicio y no bajo coerción, fraude, o influencia indebida.

Se le recomienda dar una copia a su:

- Médico de cabecera,
- Hospital(es) preferidos, u
- Otros proveedores de cuidado de salud.

A su solicitud, se puede enviar una copia a cualquier otro médico o instalación de servicios de salud que le provee cuidado. Copias de este documento pueden ser fiables como si fueran originales.

Formulario 1

Escogiendo a Mi Defensor del Paciente

Este formulario expresa mis deseos acerca de mi atención médica y salud mental. Quiero que mi familia, médicos, otros profesionales de salud y cualquier persona interesada en mi cuidado sigan mis deseos. Por esta razón, le doy permiso a mi defensor del paciente que envíe una copia de este documento a otros médicos, hospitales y proveedores de atención médica que participan en mis cuidados de salud. Mi defensor del paciente solamente puede tomar decisiones de tratamiento médico si soy incapaz de tomar mis propias decisiones.

Sección 1: Nombrando Mi Defensor del Paciente

Yo, (escriba su nombre) _____
escojo como mi defensor del paciente a la persona que menciono a continuación.

Nombre del Asesor (letra de imprenta) _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de la Casa _____ Trabajo _____

Celular: _____

Nombrando un Asesor Sustituto (Opcional)

Si la persona nombrada anteriormente como mi asesor no puede, no quiere o no está disponible para servir como mi asesor, entonces yo designo a la siguiente persona como sustituto para ser mi defensor del paciente.

Nombre del Defensor del Paciente Sustituto (letra de imprenta) _____

Nombre del Asesor (letra de imprenta) _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de la Casa _____ Trabajo _____

Celular: _____

Si el primer defensor del paciente o el sustituto nombrado anteriormente no pueden, no quieren o no están disponibles para servir como mi defensor del paciente, entonces yo designo a la siguiente persona como mi segundo defensor del paciente sustituto.

Nombre del Segundo Asesor Sustituto (letra de imprenta) _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de la Casa _____ Trabajo _____

Celular: _____

Sección 2: Instruyendo a Mi Defensor del Paciente

A. Instrucciones Generales

Quiero que mi defensor del paciente pueda:

- Tomar decisiones por mí sobre mi cuidado o servicios médicos, como pruebas, medicamentos, cirugía y hospitalización. Si se ha iniciado el tratamiento, pueden mantenerlo o detenerlo dependiendo de mis instrucciones específicas;
- Interpretar cualquier instrucción que he dado en este formulario (o en otras discusiones) de acuerdo a la comprensión de mis deseos y valores;
- Revisar y divulgar mis registros médicos, registros de salud mental, y archivos personales, según sea necesario para mi cuidado médico;
- Hacer arreglos para mi atención médica, tratamiento y hospitalización en Michigan o en cualquier otro estado, como considere conveniente o necesario, para seguir las instrucciones y directrices que he dado para mi cuidado.

B. Instrucciones Específicas (Opcional)

Tratamiento de Soporte Vital

Vea también "Formulario 2 - Aceptar el papel de Defensor del Paciente, la línea d. Si este es su deseo, por favor firme abajo.

He dado instrucciones a mi defensor del paciente en relación a mis deseos y metas en el uso del tratamiento para mantener la vida tales como, pero no limitado a, ventiladores, resucitación cardiopulmonar, alimentación por sonda de nutrición, hidratación intravenosa, diálisis renal, medicamentos para la presión arterial o antibióticos y doy mi permiso explícito de negar o detener cualquier tratamiento que no ayude a alcanzar mis metas de atención médica a mi defensor del paciente. Entiendo que tales decisiones podrían o permitirían mi muerte.

Medicamentos y tratamientos con el fin de hacerme sentir cómodo y proporcionar alivio del dolor no se me negarán o dejarán de ser administrados.

Mi firma autoriza esta directriz específica:

Otras Instrucciones Específicas

Quiero que mi defensor del paciente siga estas instrucciones específicas que talvez limite la autoridad anteriormente descrita en la Sección 2

Sección 3: Mis Deseos Después de la Muerte (Opcional) Donación de Órganos y Tejidos, Autopsia, Regalo Anatómico y Entierro o Incineración si lo prefiere.

A continuación están las instrucciones que deseo que siga mi defensor del paciente después de mi muerte. La autoridad concedida por mí defensor del paciente en cuanto a la donación de órganos y tejidos deberá cumplir con la ley de Michigan, permaneciendo en vigor y ser honrados después de mi muerte. Entiendo que la donación de todo el cuerpo, requiere previa planificación y aceptación por parte de una institución médica. Preferencias de entierro o incineración reflejan mis valores y deseos actuales.

A. Órgano o Donación de Tejido para Transplante. (escriba sus iniciales en su elección)

_____ Si soy candidato, deseo donar cualquier órgano o tejido.

_____ Si soy candidato, deseo donar solamente los siguientes órganos o tejidos.
(escriba o seleccione los órganos):

Órganos Específicos: _____

Tejidos Específicos:

Corneas _____ Piel _____ Hueso _____ Válvulas Cardiacas _____

Nervios _____ Tendones _____ Venas _____

_____ No quiero donar ningún órgano o tejidos.

B. Autopsia, Donación de Órganos y Preferencia de Entierro o Incineración

Escriba sus iniciales en la declaración o declaraciones que reflejan sus deseos y tache con una línea las declaraciones que usted no desea.

_____ No quiero que se me practique la autopsia, a menos que sea requerido por la ley.

_____ Yo aceptaría la autopsia si ésta puede ayudar a mis familiares a entender la causa de mi muerte o asistirlos con sus decisiones médicas futuras.

_____ Yo aceptaría la autopsia si ésta ayudaría a los avances de la medicina o educación médica.

_____ Deseo que mi cuerpo sea donado a una institución de ciencias médicas con fines de investigación o entrenamiento.

Mi preferencia para entierro o incineración (marque uno) Entierro _____ Incineración _____

Entierro o Incineración, a discreción de mi pariente mas cercano _____

Sección 4: Firmando el formulario de Defensor del Paciente en presencia de un testigo

Firma del paciente en presencia del los siguientes testigos

Estoy firmando estas instrucciones por mi propia y libre voluntad. No he sido obligado con el fin de recibir atención médica o que ésta sea suspendida o retirada. Tengo por lo menos dieciocho (18) años de edad y estoy en pleno uso de mis facultades mentales.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Firma de los Testigos

Yo reconozco esta persona identificada como el “paciente” en el formulario “Elijiendo mi Defensor del Paciente”. Yo creo que está en sus plenas facultades mentales y tiene por lo menos dieciocho (18) años de edad. Yo presencié personalmente la firma de este formulario, y creo que lo hizo voluntariamente y sin coacción, fraude o influencia indebida. Al firmar este documento como testigo, yo certifico que:

- Tengo por lo menos 18 años de edad.
- No soy el defensor del paciente o el defensor del paciente sustituto designado por la persona que está firmando este documento.
- No soy el cónyuge, pariente, hijo, nieto, hermano o presunto heredero.
- No soy beneficiario o tengo derecho a cualquier regalo de los bienes del paciente.
- No soy responsable financieramente de la atención médica del paciente.
- No soy un profesional de cuidados de salud que atiende directamente al paciente en este momento.
- No soy un trabajador del sistema de salud o proveedor de seguro médico que sirve al paciente directamente.

Testigo número 1:

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su Nombre: _____

Dirección: _____

Testigo número 2:

Firma: _____ Fecha: _____

Escriba su Nombre: _____

Dirección: _____

Instrucciones para el formulario 2:

Aceptando el Papel de Defensor del Paciente.

Bajo la ley de Michigan, su defensor (o defensor del paciente sustituto) no puede actuar en su nombre hasta que reciban una copia de la forma “Escogiendo a mi Defensor del Paciente” y acepte el papel de defensor del paciente por escrito. Su defensor y (cualquier defensor del paciente sustituto) debe leer, firmar y poner la fecha en las declaraciones indicadas en la parte “Aceptando el Papel de Defensor del Paciente.” La firma del defensor del paciente no necesita ser atestiguada o autorizada ante un notario.

Debería darle a su defensor del paciente:

- Una copia de ésta “Guía Breve de Plan de Cuidado Anticipado”
- Una copia del formulario 1 ya completada: “Escogiendo a mi Defensor del Paciente”
- Una copia del formulario 2 “Aceptando el Papel de Defensor del Paciente.”

Formulario 2

Aceptando el Papel de Defensor del Paciente

Nombre del Paciente: (en letra imprenta) _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____ / _____ / _____
Mes Día Año

La persona nombrada en la parte superior ha solicitado que usted sirva como su defensor del paciente (o como un defensor del paciente sustituto). Antes de aceptar dicha responsabilidad y firmar este formulario, por favor:

1. Lea la copia del formulario completado por el paciente con el título, Formulario 1: “Escogiendo a Mi Defensor del Paciente”
2. Lea el documento titulado “Guía Breve de Plan de Cuidado Anticipado”, el cual provee información e instrucciones importantes.
3. Discuta, en detalle, los valores y deseos del paciente, para que pueda obtener el conocimiento que necesita para permitirle tomar las decisiones de tratamiento médico que desearía.
4. Si está dispuesto a aceptar el papel de defensor del paciente, lea, firme y ponga la fecha en la siguiente declaración (sección 5).

Aceptación

Acepto la selección del paciente de hacerme su defensor del paciente. Entiendo y estoy de acuerdo en tomar pasos razonables para cumplir con los deseos y las instrucciones del paciente como están indicadas en el formulario “Escogiendo a mi Defensor del Paciente” (o instrucciones dadas por el paciente en otra forma escrita o hablada)

También entiendo y estoy de acuerdo que, bajo la ley de Michigan:

- a. Esta selección no será efectiva hasta que el paciente no sea capaz de tomar decisiones de tratamiento de salud médica o mental, según aplique.
- b. No ejerceré mis poderes relacionados al cuidado del paciente, custodia, tratamiento de salud médica o mental, que el paciente no hubiese tomado por si mismo si hubiera participado en la toma de esta decisión.
- c. No puedo tomar una decisión de tratamiento médico para suspender o dejar de darle tratamiento a una paciente embarazada si es que esto puede resultar en la muerte de la paciente, incluso si estos son los deseos de la paciente.

- d. Puedo tomar una decisión para suspender o dejar de darle tratamiento el cual permitiría que el paciente muera solamente si ha expresado claramente que se me permita tomar tal decisión y entiendo que tal decisión podría permitirle morir.
- e. No debo recibir ningún pago por servir como defensor del paciente, pero se me puede reembolsar por los gastos reales y necesarios que incurrieron al cumplir con mis responsabilidades.
- f. Se me requiere actuar de acuerdo a los estándares de cuidado que se aplican a los fiduciarios cuando actúan en nombre del paciente y debo actuar de acuerdo a los mejores intereses del paciente. Se presume que los deseos del paciente fueron expresados y evidenciados mientras el paciente tenía la capacidad de participar en tomar decisiones de tratamiento de salud médica o mental y que éstas fueran de los mejores intereses del paciente.
- g. El paciente puede revocar mi designación como defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar un intento para revocar dicha designación.
- h. El paciente puede renunciar al derecho de revocar una designación como el poder de ejercer decisiones de tratamiento de salud mental, y si tal renuncia es hecha, la habilidad del paciente de revocar dicho tratamiento, será demorado por 30 días después de que el paciente comunique su intento de revocarlo.
- i. Puedo revocar mi aceptación de mi papel de defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar un intento para revocar dicha aceptación.
- j. Un paciente admitido a un centro de salud o agencia de salud tiene los derechos enumerados en la sección 20201 del Código de Salud Pública del Estado de Michigan, 1978 PA 368, MCL 333.20201.

Sección 5 Firma del Defensor del Paciente e Información de Contacto

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de la Casa _____ Trabajo _____

Celular: _____

Si no estoy disponible para actuar como defensor después de haberse hecho un esfuerzo razonable para contactarme, delego mi autoridad a la persona que el paciente ha designado como defensor del paciente sustituto. El defensor de paciente sustituto está autorizado (en el orden indicado) para actuar como defensor del paciente hasta que yo esté disponible para hacerlo.

Defensores del Paciente Sustitutos (opcional)

Primer Defensor del Paciente Sustituto

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de la Casa _____ Trabajo _____

Celular: _____

Segundo Defensor del Paciente Sustituto

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Número de Teléfono de la Casa _____ Trabajo _____

Celular: _____

Haciendo Cambios

Si su defensor o defensores del paciente o sus directivas instruyen que éstos sean cambiados (sección 2 o 3), necesitará obtener y destruir la copia original, fotocopias y distribuir un nuevo formulario “Escogiendo a mi Defensor del Paciente” y el formulario “Aceptando el Papel de Defensor del Paciente.”

Si cambia solamente la información de contacto de sus defensores ésta puede ser cambiada en el formulario original y en las fotocopias, sin tener que cambiar todo el formulario.

