

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Su derecho a dar a conocer sus decisiones
de atención médica en Nebraska Medicine.



**Nebraska[®]
Medicine**

Directiva Anticipada

Usted tiene derecho como adulto a (1) nombrar a otra persona para que tome decisiones en su nombre si o cuando no puede tomarlas usted mismo; y (2) dar instrucciones sobre los tipos de atención médica que desea o no desea. Este folleto lo ayudará a considerar y expresar sus preferencias de tratamiento en una directiva anticipada. Una directiva anticipada es una declaración, generalmente escrita, en la que usted declara sus elecciones de atención médica (a veces denominada testamento vital) o nombra a alguien (llamado agente en un poder notarial médico) para que tome esas decisiones en su nombre si no es capaz de tomar su propia decisión sobre su tratamiento médico. El documento en este paquete es un documento combinado que le permite hacer ambas cosas en un solo documento. Depende completamente de usted si desea completar una directiva anticipada.

Puede completar el documento de instrucciones anticipadas que indique sus preferencias médicas, incluso si no nombra a un agente. Los profesionales médicos seguirán sus instrucciones en la directiva anticipada sin un agente en su mejor capacidad, pero tener a una persona como su agente para tomar decisiones por usted ayudará a los profesionales médicos y a aquellos que lo cuidan a tomar las mejores decisiones en situaciones que no son detalladas en su directiva anticipada. Si su situación cambia, o si simplemente cambia de opinión, puede hacer un nuevo documento o revocar el que tiene. Dígale a su médico o enfermera que desea cambiar su directiva anticipada. Es mejor destruir el documento viejo para evitar confusiones. Puede completar todas o solo partes de la directiva anticipada. Por ejemplo, si solo desea elegir un agente en la Parte Uno, complete solo esa sección y luego vaya a la Sección Cinco y firme frente a los testigos apropiados. Es libre de completar cualquier otro tipo de documento de directiva anticipada siempre que sea atestiguado apropiadamente. Vea la sección Cinco para más detalles.

La primera parte nombra a un **agente**. Si no puede tomar decisiones medicas ¿a quién le gustaría hablar en su nombre? Esta persona, su agente, debe tomar decisiones basadas en cómo las tomaría usted mismo si pudiera. Si el agente no sabe esto, debe tomar decisiones en su mejor interés. Un agente puede ser un miembro de la familia, un cónyuge o pareja o un amigo; asegúrese de hablar con esta persona para que sepa lo que es importante para usted. Si no elige a nadie, en Nebraska el orden predeterminado de los sustitutos es: cónyuge, hijo adulto, hermano adulto, padre u otra persona interesada que lo conozca y/o sus deseos.

La segunda parte describe sus objetivos y deseos de tratamiento. Piense en estas preguntas: **¿Qué tratamientos**

Nota: Si no desea RCP, una máquina de respiración, un tubo de alimentación o antibióticos, hable sobre esto con su proveedor, quien puede completar una Orden de Proveedor para el Tratamiento de Sustento de la Vida (POLST) para asegurarse de que no reciba los tratamientos que no quiere, especialmente en una emergencia. Se requiere que el personal médico de emergencia le brinde un tratamiento que salve la vida a menos que tenga una orden médica que especifica alguna limitación del tratamiento, como RCP o intubación. Si no hay una orden médica (como un POLST o una orden de no resucitar (DNR), el equipo médico de emergencia realizará la RCP, ya que no tendrá tiempo para consultar una directiva anticipada, su familia, agente o proveedor.

médicos elegiría para obtener más tiempo? ¿Qué tan agresivos deben ser los profesionales médicos para mantenerlo con vida? Las opciones son provistas para que usted exprese sus deseos sobre tener, no tener o suspender el tratamiento en ciertas situaciones. Hay espacio para escribir cualquier deseo adicional.

La tercera parte describe las **limitaciones de los tratamientos**. Los tratamientos para mantener la vida son a menudo un puente hacia la recuperación. A veces, sin embargo, no conducen a la recuperación y es posible que deba seguir haciendo el tratamiento permanentemente. Aquí puede expresar sus deseos sobre las limitaciones del tratamiento. Estos tratamientos incluyen RCP, máquinas de respiración, sondas de alimentación y antibióticos. Hay espacio para que escriba cualquier deseo adicional.

La cuarta parte le permite expresar sus deseos sobre la **donación de órganos/tejidos**. Otro lugar para expresar esto es en una licencia de conducir válida. Para evitar posibles confusiones, es una buena idea, que su licencia de conducir y su directiva anticipada den a conocer los mismos deseos sobre la donación.

La quinta parte Debe firmar y fechar el documento en presencia de dos testigos adultos o un notario. Para un poder médico el documento puede ser presenciado por dos adultos que no sean parientes suyos, un heredero, su agente, un empleado del proveedor de seguros o su médico tratante (solo uno de ellos pueden ser empleados de la instalación donde recibe atención). Un testamento en vida, si es atestiguado, también requiere dos adultos, y no puede ser atestiguado por un empleado de un proveedor de seguros o instalación donde reciba atención. Debe entregar copias del documento completo a su agente y a su agente alternativo, a su médico, a su familia y a cualquier centro de atención médica donde resida o donde pueda recibir atención.

Directiva Anticipada Nebraska

Esta directiva anticipada: (1) nombra a un agente y / o (2) da instrucciones sobre tratamientos médicos, si no puedo tomar o comunicar mis propias decisiones. **Le he puesto mis iniciales en mis preferencias por los tratamientos médicos en cada sección a continuación. Cualquier sección que se deja en blanco puede ser subrayada con una línea grande, y no invalida esta directiva anticipada o el contenido de cualquier otra sección.** Entiendo que mi directiva debe seguirse si tengo una lesión mortal o una emergencia médica y no puedo hablar por mí mismo en ese momento.

This space left blank for patient identifiers, scanning labels, etc.

Last Name

First Name

Date of Birth

Date of Completion

Parte Uno: Su agente de atención médica

Su agente de atención médica puede tomar decisiones de atención médica por usted cuando no pueda o no quiera tomar decisiones por usted mismo. Debe elegir a alguien en quien confíe, que comprenda sus deseos y acepte actuar como su agente. Su proveedor de atención médica no puede ser su agente a menos que sea un pariente. Su agente NO puede ser el propietario, operador, empleado o contratista de un centro de atención residencial, centro de atención médica o centro correccional donde reside en el momento en que se completan sus instrucciones anticipadas.

Yo nombro, _____ cuya información de contacto es, _____ ser mi **agente primario** en cualquier situación en la que me falta la capacidad de tomar una decisión médica.

Yo nombro, _____ cuya información de contacto es, _____ ser mi **agente secundario o alternativo** en cualquier situación en la que el agente mencionado anteriormente no esté dispuesto o no pueda actuar como mi agente.

Dirijo a mi agente (si lo asigna), a cualquier persona que tome decisiones sustitutivas y a mis proveedores de atención médica que cumplan con las siguientes instrucciones o limitaciones descritas en este documento.

Los que pueden ser consultados sobre decisiones médicas en mi nombre incluyen: _____

Los que no deben ser consultados incluyen: _____

Proveedor de atención primaria (médico, asistente médico, enfermera practicante): _____

Información de contacto: _____

Quiero que comience mi directiva anticipada:

☐ cuando no puedo tomar mis propias decisiones.

☐ ahora.

☐ cuando esto pase: _____

Directiva Anticipada Nebraska

Patient Name

Date of Birth

Segunda parte: objetivos de atención médica y deseos espirituales

Mis objetivos generales de salud incluyen:

- ☐ Quiero sostener mi vida el mayor tiempo posible por cualquier medio médico.
- ☐ Quiero tratamiento para sostener mi vida:
- ☐ podré comunicarme con amigos y familia.
 - ☐ seré capaz de cuidarme solo.
 - ☐ podré vivir sin dolor incapacitante.
 - ☐ estar consciente y consciente de mi entorno.
- ☐ Solo quiero tratamiento dirigido hacia mi comodidad.

Metas, deseos o creencias adicionales que deseo expresar incluye: _____

Personas a quienes notificar si tengo una enfermedad potencialmente mortal: _____

Si me estoy muriendo, es importante para mí estar (marque la opción):

- ☐ en casa.
- ☐ otro: _____
- ☐ sin preferencias.

Mis deseos de cuidado espiritual incluyen:

Mi religión o fe: _____

Lugar de culto: _____

Información del contacto: _____

Los siguientes artículos, música o lectura serían un consuelo para mí: _____

Tercera parte: Limitaciones del Tratamiento

Puede decidir qué tipo de tratamiento desea o no desea si se enferma gravemente o se está muriendo. Independientemente de las limitaciones de tratamiento expresadas, tiene derecho a controlar su dolor y sus síntomas (náuseas, fatiga, falta de aliento). A menos que se indiquen las limitaciones del tratamiento, se espera que el equipo médico haga todo lo que sea médicamente apropiado para tratar de salvarle la vida.

1. Si mi corazón se detiene y dejo de respirar (elige uno):

- ☐ **Quiero** que se haga RCP para intentar reiniciar mi corazón.
- ☐ **No quiero** que se haga RCP para intentar reiniciar mi corazón.

La RCP significa reanimación cardio (corazón) -pulmonar (pulmón), que incluye compresiones vigorosas del tórax, uso de estimulación eléctrica, medicamentos para apoyar o restaurar la función cardíaca y respiraciones de rescate (forzar el aire a los pulmones).

Directiva Anticipada Nebraska

Patient Name
Date of Birth

2. Si no puedo respirar solo (elija uno):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Quiero una máquina de respiración sin límites de tiempo. | ☐ Quiero tener una máquina de respiración por un corto tiempo para ver si sobreviviré o mejoraré. | ☐ No quiero una máquina de respiración por NINGÚN período de tiempo. |
|--|--|--|

"Máquina de respiración" se refiere a un dispositivo que mecánicamente mueve el aire dentro y fuera de los pulmones, como un ventilador.

3. Si no puedo tragar suficiente comida o agua para mantenerme vivo (elija uno):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Quiero una sonda de alimentación sin límite de tiempo. | ☐ Quiero tener un tubo de alimentación por un corto tiempo para ver si sobreviviré o mejoraré. | ☐ No quiero una sonda de alimentación durante CUALQUIER período de tiempo. |
|--|---|--|

Nota: Si está siendo tratado en otro estado, puede que su agente automáticamente no tenga la autoridad para retener o retirar una sonda de alimentación. Si desea que su agente decida sobre los tubos de alimentación, marque la casilla a continuación.

- ☐ Autorizo a mi agente a tomar decisiones sobre la alimentación por tubos.

4. Si tengo una enfermedad terminal o una enfermedad que es poco probable que mejore (elija una):

- | | |
|---|--|
| ☐ Quiero antibióticos u otros medicamentos para combatir las infecciones. | ☐ No quiero antibióticos u otros medicamentos para combatir las infecciones. |
|---|--|

Si ha declarado que **no desea** RCP, una máquina de respiración, un tubo de alimentación o antibióticos bajo ninguna circunstancia, hable con su proveedor de atención primaria. Su proveedor puede completar una orden médica portátil (como un documento POLST) para asegurarse de que no reciba los tratamientos que no desea, especialmente en una situación de emergencia. Se aceptará un documento POLST fuera del entorno del hospital.

Limitaciones adicionales del tratamiento que deseo incluir: _____

Cuarta parte: Donación de órganos y tejidos

Mis deseos para la donación de órganos y tejidos (verifique sus opciones):

- ☐ Doy mi consentimiento para donar los siguientes órganos y tejidos:
- ☐ cualquier órgano necesario
 - ☐ cualquier tejido necesario (piel, hueso, córnea)
 - ☐ **No deseo** donar los siguientes órganos / tejidos: _____
 - ☐ **No quiero** donar NINGÚN órgano o tejido.
 - ☐ Quiero que mi agente de atención médica decida.
- ☐ Deseo donar mi cuerpo para investigación o programas educativos. (Nota: tendrá que hacer sus propios arreglos con una escuela de medicina u otro programa por adelantado).

Directiva Anticipada Nebraska

Patient Name

Date of Birth

Quinta parte: Firmas o Notario

Debe firmar frente a dos testigos o un notario público. Las siguientes personas no pueden firmar como testigos: cónyuge, padre, hijo, nieto, hermano, presunto heredero, conocido en el momento del testimonio, médico tratante o agente; o un empleado de un proveedor de seguros de vida o salud para el principal. No más de un testigo puede ser administrador o empleado de un proveedor de atención médica que esté cuidando o tratando al principal.

Firma del paciente _____ Fecha _____

- O -

Firma del Representante del paciente _____ Fecha _____

Declaración de Testigo

Declaramos que el principal es personalmente conocido por nosotros, que el principal firmó o reconoció su firma en este poder notarial para la atención médica en nuestra presencia, que el principal parece estar en su sano juicio y no bajo coacción o influencia indebida, y que ninguno de nosotros ni el médico tratante del principal es la persona designada como abogado de hecho por este documento.

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Información de Contacto _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Información de Contacto _____ Fecha _____

- O -

En este _____ día de _____ 20_____, antes de mí, _____ un notario público en y para _____ el Condado, personalmente vino _____, personalmente a mí, conocido por ser la persona idéntica cuyo nombre está colocado en el poder notarial anterior para el cuidado de la salud como principal, y declaro que él o ella se muestra en su sano juicio y no bajo coacción o influencia indebida, que él o ella reconoce la ejecución del mismo para ser su acto y hecho voluntario, y que yo no soy el abogado de hecho o el abogado sucesor designado de hecho por este poder notarial para la atención médica.

Sea testigo de mi mano y sello notarial en _____ dicho condado el día y el año anteriores por escrito.

(Sello)

Firma del Notario Público

Los siguientes tienen una copia de mi directiva anticipada (marque):

- ☐ Agente de salud
- ☐ Agente de atención médica alternativo
- ☐ Médico / proveedor de atención médica: _____
- ☐ Hospital (es): _____
- ☐ Miembro (s) de la familia: Indique: _____



Si desea obtener más información sobre las instrucciones anticipadas, puede solicitar ayuda a:

Departamento de trabajo social

402.559.4420

Oficina de ética de la salud

402.552.3647

Departamento de cuidado espiritual

402.552.3219



SERIOUS MEDICINE. EXTRAORDINARY CARE.®