

# **DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA**

## **GUÍA Y FORMULARIO**

Designación de apoderado para decisiones médicas,  
autorización general del apoderado e instrucciones  
específicas para el final de la vida



ABRIL DE 2023



Estimado amigo de Atención Médica de Beebe:

Gracias por dar el importante paso de completar esta Directiva Médica Anticipada. La directiva les informará a sus familiares y proveedores de atención médica a quién ha designado para que tome decisiones cuando usted no pueda hacerlo. La directiva autoriza a la persona designada por usted a tomar decisiones en función de sus intenciones, con el fin de proteger su derecho a opinar sobre su atención, y proporciona instrucciones específicas para la atención que desea recibir cuando su médico determine que ha llegado al final de su vida.

El estado de Delaware aprobó la “Ley de Muerte Digna” (*Death with Dignity Act*) en diciembre de 1991. En junio de 1996, se la modificó y designó “Ley de Decisiones de Atención Médica” (*Health Care Decisions Act*) para reflejar mejor las necesidades expresadas por proveedores de atención médica, pacientes potenciales y el clero. Básicamente, en Delaware existen dos tipos de directivas anticipadas: el poder legal para atención médica y las decisiones para el final de la vida.

Le recomendamos informarse lo más posible sobre las directivas anticipadas. En este paquete informativo se incluye una guía útil. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar su directiva anticipada, comuníquese con el defensor de pacientes (Patient Advocate) de Beebe llamando al 302-645-3547. Para comunicarse con la División de la Tercera Edad (Division of Aging), llame al 800-223-9074, 302-391-3505 (TDD) o escriba a [DelawareADRC@state.de.us](mailto:DelawareADRC@state.de.us). También puede consultar a su abogado personal. Atención Médica de Beebe cuenta con políticas formales sobre directivas anticipadas, las cuales están a su disposición para cualquier consulta.

Después de completar este documento, haga copias adicionales para sus médicos, familiares, amigos, clero, etc.

Atención Médica de Beebe promueve la generosidad a través de la donación de órganos y tejidos. Para obtener más información, comuníquese con el programa de donantes Regalo de la Vida (*Gift of Life*) llamando al 800-366-6771, o visite el sitio web: [www.donors1.org](http://www.donors1.org).

Nos alegra que haya tomado la iniciativa de crear una directiva anticipada. En Atención Médica de Beebe consideramos que nuestro mejor paciente es el que se informa y prepara.

Cordialmente,

Handwritten signature of Jeannie Briley-Wallo in black ink.

Jeannie Briley-Wallo, BSN, RN  
Directora de Experiencia del Paciente

Handwritten signature of Katie Johnson in black ink.

Katie Johnson, DO  
Presidenta del Comité de Bioética

# GUÍA SOBRE DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

## INFORMACIÓN ACERCA DE SU DERECHO A DECIDIR SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA

### *¿Quién decide qué atención médica recibo?*

Como adulto competente con capacidad para tomar decisiones, tiene el derecho legal de tomar sus propias decisiones de atención médica. Su médico, profesional de práctica avanzada u otro profesional de la salud le dan consejos y recomendaciones de tratamiento. Usted tiene derecho a recibir esta información de un modo comprensible. Tiene la facultad de decir “sí” a cualquier tratamiento que le ofrezcan, y a decir “no” a cualquier tratamiento que no quiera.

### *¿Qué sucede si mi afección médica me impide decidir?*

En Delaware, si es mayor de 18 años, puede extender una “directiva médica anticipada” por escrito para aceptar o rechazar la mayoría de los tratamientos o procedimientos médicos. Su directiva informará sus decisiones a su médico o sus profesionales de práctica avanzada en el caso de no poder tomarlas en el futuro.

### *¿Qué es una directiva médica anticipada?*

Las leyes de Delaware prevén dos tipos de directivas médicas anticipadas:

- 1) un poder legal para atención médica; y
- 2) una instrucción para decisiones de atención médica.

Un **poder legal para atención médica** le permite designar a otra persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre en el caso de que su afección le impida hacerlo. Este apoderado puede ser cualquier persona mayor de 18 años. Sin embargo, si usted reside en un centro de atención a largo plazo, no puede designar como apoderado a un empleado del centro, a menos que sea un familiar.

Una **instrucción para decisiones de atención médica** es una declaración escrita de sus intenciones con respecto a su tratamiento médico. Incluye sus instrucciones de tratamiento en caso de sufrir una enfermedad terminal, quedar inconsciente en forma permanente o padecer un problema de salud grave o delicado.

Podrá confeccionar una directiva médica anticipada mientras se lo siga considerando capacitado y competente para tomar decisiones de atención médica. La directiva médica anticipada debe firmarse en presencia de dos testigos adultos, quienes firman a continuación. Las personas que usted elija como testigos no deben ser familiares, herederos de su patrimonio o responsables del pago de su atención. Si usted se encuentra en un hospital, asilo o centro similar al momento de firmar su instrucción escrita, debe elegir testigos que no sean empleados de dicha institución. Además, si se encuentra en un asilo o centro similar, uno de los testigos debe ser un defensor de atención a largo plazo o el tutor público del estado. Si no cuenta con una directiva médica anticipada y está incapacitado para tomar decisiones, se le pedirá a un miembro de su familia que decida por usted.

*¿Una directiva médica anticipada tiene validez si estoy embarazada?* Las leyes de Delaware establecen que no se puede impedir o interrumpir un procedimiento de apoyo de vida en una paciente embarazada, en la medida en que el feto tenga probabilidades de desarrollarse lo suficiente como para nacer con vida mediante la aplicación de dicho procedimiento.

### *¿Dónde guardo mi directiva médica anticipada?*

Debería conservar el original en un lugar seguro y entregar copias a sus familiares, su médico, su profesional de práctica avanzada y otros proveedores de atención médica. El documento pasará a formar

parte de su historia clínica. Si lo desea, también puede entregar copias a sus amigos íntimos, abogado o clero.

### ***¿Qué sucede si cambio de parecer?***

Puede revocar su directiva médica anticipada en cualquier momento, ya sea destruyéndola, haciendo otra nueva o diciéndoles a dos personas que estén con usted al mismo tiempo que desea anular la validez de dicha directiva. Asimismo, debería notificar por escrito a su médico, profesional de práctica avanzada u otro proveedor de atención médica o apoderado en cuestiones de salud que ha decidido revocar la directiva.

### ***¿Mi directiva médica anticipada tiene validez en otros estados?***

Las leyes que regulan las directivas médicas anticipadas varían significativamente de un estado a otro. Si bien una directiva anticipada firmada en un estado podría ser válida en otro, no siempre es así. Si se muda a otro estado, le recomendamos que haga una nueva directiva anticipada en ese estado. Si tiene una directiva anticipada válida de otro estado, también será válida en Delaware conforme lo permitan las leyes de Delaware.

### ***¿Qué sucede si no hago una directiva médica anticipada?***

Usted no tiene la obligación de hacer una directiva médica anticipada. Aun así, si no tiene una directiva médica anticipada, se le solicitará a un miembro de su familia, denominado "sustituto", que tome las decisiones de atención médica por usted. Dicha solicitud se hará a los siguientes miembros disponibles de su familia, en el orden que se especifica a continuación:

- 1) cónyuge, a menos que se haya presentado una demanda de divorcio, o el paciente haya presentado una demanda por maltrato;
- 2) hijo o hija adultos;
- 3) padre o madre;
- 4) hermano o hermana adultos;
- 5) nieto o nieta adultos;
- 6) sobrino o sobrina adultos;
- 7) tío o tía adultos.

Si ninguno de estos familiares estuviera disponible, un amigo de confianza podrá tomar decisiones de atención médica en su nombre. Este amigo debe estar dispuesto a involucrarse en su atención médica, haber mantenido un contacto fluido con usted y estar familiarizado con sus actividades, salud, valores personales y sentido moral. Dicha persona necesitará proporcionarle a su proveedor de atención médica una declaración jurada, certificada por un notario público, que dé fe de los hechos que se describen en este párrafo.

En el caso de que no tenga un amigo de confianza que reúna estas condiciones, el tribunal le asignará un tutor.

## COMPLETE EL FORMULARIO

Lea detenidamente este formulario antes de completarlo. Asegúrese de que no quede ninguna parte sin responder. En el caso de que no quiera tomar una decisión de atención médica determinada, tache las palabras correspondientes a dicha decisión en lugar de dejar el espacio en blanco. No se permite modificar las calificaciones de los testigos o apoderados, por más que se tachen las palabras. Escriba en letra legible.

Conserve el original de su directiva médica anticipada y, si lo desea, entregue copias a su médico, profesional de práctica avanzada, apoderado, cónyuge, familiares y amigos íntimos. Explique a cada persona que reciba una copia el porqué de sus elecciones. Esto resultará útil si, en un determinado momento, usted no tiene pleno uso de sus facultades y surge la necesidad de tomar una decisión de atención médica que no esté especificada de manera explícita en el formulario de su directiva médica anticipada.

Este formulario no contempla todos los tipos de decisiones de atención médica que usted tiene derecho a tomar. Por ejemplo, el formulario no prevé la posibilidad de designar a un tutor, en el caso de que usted deje de ser competente y necesite uno. Tampoco prevé la posibilidad de designar a un médico de atención primaria u otra persona que certifique que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones de atención médica. Por último, el formulario no incluye ninguna cláusula que contemple las creencias morales o religiosas de la persona. Si desea hacer uso de estos derechos, debe hablar con un abogado. De manera similar, si alguna parte del formulario pareciera estar en conflicto con sus creencias religiosas, debería comunicarse con su clero.

### PARTE I: PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

Su apoderado puede tomar cualquier decisión de atención médica que usted hubiese podido tomar cuando tenía la capacidad de tomar decisiones de atención médica, salvo las decisiones de interrumpir o no aplicar procedimientos de apoyo de vida a menos que usted se encuentre en un **estado cualificado** (consulte la parte II). En el caso de que el apoderado no esté dispuesto, capacitado o razonablemente disponible para tomar decisiones en su nombre, le recomendamos designar a un apoderado alternativo para que tome decisiones de atención médica en su lugar. A menos que el apoderado y el apoderado alternativo que designe guarden una relación de consanguinidad con usted, ninguno de los dos podrá ser propietario, administrador o empleado de un centro residencial de atención a largo plazo donde usted esté recibiendo atención.

A menos que usted indique lo contrario, su apoderado tendrá las siguientes facultades:

1. dar, negar o retirar su consentimiento para que usted reciba cualquier tipo de atención médica, tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico, medicamento y uso de procedimientos mecánicos u otras intervenciones que afecten cualquiera de sus funciones fisiológicas, salvo interrumpir o impedir procedimientos de apoyo de vida a menos que usted se encuentre en un estado cualificado (consulte la parte II);
2. tener el mismo nivel de acceso a información y registros médicos que usted, incluido el derecho a divulgar su contenido a terceros;
3. autorizar su internación o alta de cualquier hospital, asilo, centro de atención residencial, centro de asistencia, o un establecimiento o servicio similar;
4. contratar cualquier servicio o centro que se relacione con su atención médica, sin que su apoderado deba endeudarse personalmente para dar cumplimiento a dichos contratos;
5. contratar y despedir personal de atención médica, servicio social u otro tipo de apoyo a cargo de su cuidado; y
6. dar o negar su consentimiento para que se utilice un medicamento o procedimiento con la intención de aliviar el dolor, por más que dicho uso pueda ocasionar daños físicos, generar adicción o acelerar su muerte (sin la intención de causarla).

Su apoderado podrá tomar decisiones de atención médica por usted de conformidad con el presente poder legal para atención médica, todas las instrucciones que especifique en la parte II de este formulario y sus demás deseos, en la medida en que su apoderado los conozca. En el caso de que se desconozcan sus deseos, las decisiones de atención médica que tome su apoderado deberán ajustarse lo más posible a lo que usted haría o pretendería en esas circunstancias. Si su apoderado no pudiera determinar lo que usted habría hecho o pretendido en esas circunstancias, tendrá autoridad suficiente para tomar decisiones de atención médica de acuerdo con lo que él considere más conveniente para usted. Al momento de determinar lo más conveniente para usted, el apoderado deberá tener en cuenta sus valores personales, en la medida en que los conozca. En la medida en que el apoderado conozca sus intenciones o pueda determinarlas, deberá tener en cuenta estos y otros

factores relacionados con usted, si corresponden:

1. sus valores personales, filosóficos, religiosos y éticos;
2. las probabilidades de que usted recupere la capacidad para tomar decisiones;
3. las probabilidades de que usted fallezca;
4. las molestias y beneficios de su tratamiento a futuro; y
5. declaraciones confiables, tanto orales como escritas, que usted haya hecho con anterioridad, incluidas, aunque no en forma taxativa, declaraciones a familiares, amigos, profesionales de la salud o líderes religiosos.

## **PARTE II: INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL FINAL DE LA VIDA**

Si usted es un adulto en pleno uso de sus facultades mentales con capacidad para tomar decisiones, tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico, en la medida en que dicho rechazo no contravenga las leyes de salud pública vigentes. Al completar este formulario, usted deja instrucciones por anticipado con respecto a un determinado tratamiento médico o quirúrgico que desea o no desea recibir al final de su vida. Estas instrucciones únicamente entrarán en vigor si usted quedara incapacitado para aceptar o rechazar dicho tratamiento médico o quirúrgico.

Si decide no dar instrucciones detalladas sobre sus elecciones entre los diferentes tratamientos de apoyo de vida para cuando se encuentre en un estado cualificado, utilice el formulario de autorización general de Beebe o escriba sus iniciales en la **sección A** de la parte II, Instrucciones de atención médica para el final de la vida.

Las **secciones B, C y D** prevén tres estados cualificados comunes y enumeran cuatro tratamientos de apoyo de vida. Coloque una marca de verificación o escriba sus iniciales para indicar cualquier estado cualificado en el que **no** desea que se prolongue su vida. A continuación, indique con una marca de verificación o sus iniciales cualquier tratamiento que **no** desee recibir para cada estado cualificado. En el caso de que un tratamiento quede en blanco, se lo considerará aceptable en la medida en que sea médicamente apropiado. Además, se incluye un espacio en blanco para que agregue cualquier otra instrucción relacionada con procedimientos tales como diálisis o amputaciones. A continuación, se explican los estados al final de la vida que se enumeran en la directiva.

Una **enfermedad terminal** es una afección incurable cuyo pronóstico médico razonable descarta cualquier posibilidad de recuperación y supervivencia, independientemente del uso de un tratamiento de apoyo de vida.

La **inconsciencia permanente** es una condición médica que se mantiene durante al menos cuatro (4) semanas y cuyo diagnóstico, conforme a los estándares médicos actualmente aceptados y un grado de certeza médica razonable, es la pérdida total e irreversible de la conciencia y de la capacidad de interacción con el entorno. El término incluye, aunque no en forma taxativa, un estado vegetativo persistente o un coma irreversible.

Una **enfermedad grave o estado de salud delicado** es una condición médica en la que, a criterio del profesional de la salud, no sorprendería que el paciente muera en el plazo de un año por su estado de salud en general.

La **sección E** le permite incluir instrucciones para cualquier otro problema de salud o tratamiento.

La **sección F** prevé un espacio para que comparta cualquier valor u objetivo de atención médica que pueda servir de guía para sus proveedores. Por ejemplo, puede decir que desea estar lo más a gusto posible o volver cuanto antes a su hogar.

*Si usted ha decidido ser donante de órganos y tejidos para ofrecer a otros el regalo de la vida, asegúrese de informarlo para que se incluya en su poder legal para atención médica. Para obtener más información sobre los beneficios potenciales de la donación de órganos y tejidos, y aprender sobre el programa de donantes Regalo de la Vida (Gift of Life), llame al 1-800-DONORS1 (800-366-6771) o visite <http://www.donors1.org>.*

# Directiva Médica Anticipada de

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

## PARTE I: PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

**A. DESIGNACIÓN DE APODERADO:** Por la presente, nombro a \_\_\_\_\_ apoderado/a para que tome decisiones de atención médica en mi nombre. En el caso de que esta persona no esté viva, dispuesta, capacitada o razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, \_\_\_\_\_ será mi apoderado/a para tomar decisiones de atención médica en mi nombre.

**Apoderado/a** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que usted elija como apoderada)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono particular) (Teléfono laboral)

**Apoderado/a alternativo/a** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que usted elija como apoderada)

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono particular) (Teléfono laboral)

**B. FACULTADES DEL APODERADO:** Confiero a mi apoderado plena facultad para tomar decisiones sobre mi atención médica en mi nombre, en la medida en que el uso de dicha facultad sea para el cumplimiento de las instrucciones que detallo en el presente documento o que mi apoderado conozca por otros medios.

**C. ENTRADA EN VIGOR DE LAS FACULTADES DEL APODERADO:** Las facultades de mi apoderado entrarán en vigor cuando el médico que me esté tratando en ese momento determine que no estoy capacitado para tomar mis propias decisiones de atención médica.

**EFFECTO DE COPIA:** Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original. Comprendo la finalidad y el efecto del presente documento.

## PARTE II: INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL FINAL DE LA VIDA

(Escriba sus iniciales o coloque una marca de verificación junto a cada una de sus instrucciones).

### A. Mi apoderado toma todas las decisiones de atención médica

\_\_\_\_\_ Autorizo a mi apoderado a tomar todas las decisiones de atención médica al final de mi vida.  
(Tache las secciones B y C, así como las instrucciones específicas que se incluyen a continuación).

### B. Instrucción de prolongar la vida

\_\_\_\_\_ Quiero que mi vida se prolongue lo más posible, dentro de los límites de los estándares de atención médica comúnmente aceptados. Remítase a las **instrucciones específicas** para definir excepciones.

### C. Instrucciones de no prolongar la vida

\_\_\_\_\_ No quiero que mi vida se prolongue en los casos en que mi médico determine que he llegado al final de mi vida. Remítase a las **instrucciones específicas** que se incluyen a continuación.

**Las instrucciones específicas que incluyo a continuación se aplican a los casos en que me diagnostiquen las condiciones médicas de final de la vida especificadas** (indique con sus iniciales o una marca de verificación todas las opciones que correspondan):

\_\_\_\_\_ Si tengo una **enfermedad terminal**, no quiero recibir los siguientes tratamientos (marque todos los que correspondan):

\_\_\_\_\_ RCP (reanimación cardiopulmonar, compresiones en el pecho y tubo endotraqueal)

\_\_\_\_\_ Ventilación mecánica (BiPAP, CPAP o tubo endotraqueal)

\_\_\_\_\_ Alimentación artificial por sonda (nasogástrica, oral o de gastrostomía)

\_\_\_\_\_ Hidratación por sonda (nasogástrica, oral o de gastrostomía)

Otros (explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si quedo **inconsciente en forma permanente**, no quiero recibir los siguientes tratamientos (marque todos los que correspondan):

\_\_\_\_\_ RCP (reanimación cardiopulmonar, compresiones en el pecho y tubo endotraqueal)

\_\_\_\_\_ Ventilación mecánica (BiPAP, CPAP o tubo endotraqueal)

\_\_\_\_\_ Alimentación artificial por sonda (nasogástrica, oral o de gastrostomía)

\_\_\_\_\_ Hidratación por sonda (nasogástrica, oral o de gastrostomía)

Otros (explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si tengo una **enfermedad grave o un estado de salud delicado**, no quiero recibir los siguientes tratamientos (marque todos los que correspondan):

\_\_\_\_\_ RCP (reanimación cardiopulmonar, compresiones en el pecho y tubo endotraqueal)

\_\_\_\_\_ Ventilación mecánica (BiPAP, CPAP o tubo endotraqueal)

\_\_\_\_\_ Alimentación artificial por sonda (nasogástrica, oral o de gastrostomía)

\_\_\_\_\_ Hidratación por sonda (nasogástrica, oral o de gastrostomía)

Otros (explique): \_\_\_\_\_

D. **ALIVIO DEL DOLOR:** Mi voluntad es que en todos los casos se me administre cualquier atención médicamente apropiada que se necesite para eliminar o reducir las molestias y los dolores.

**E. OTRAS INSTRUCCIONES MÉDICAS:** Si desea ampliar las instrucciones proporcionadas anteriormente, puede hacerlo aquí.

---

---

---

---

---

---

**F. Objetivos de atención**

En caso de llegar al final de la vida, solicito que se tengan en cuenta los siguientes valores personales y objetivos médicos como guía para mi plan de atención:

---

---

---

---

---

---

*(Use más hojas de ser necesario)*

