



GUÍA Y FORMULARIO SOBRE DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

Planificación de decisiones de
atención médica para el futuro



Fecha de entrada en vigor:

SEPTIEMBRE DE 2025



Estimado amigo de Atención Médica de Beebe:

¡Gracias por decidirse a completar esta Directiva Médica Anticipada! Con esta elección, está protegiendo activamente su derecho a opinar sobre su atención médica, especialmente cuando su familia enfrente decisiones médicas difíciles. Los deseos y decisiones que nuestros pacientes manifiestan en las directivas anticipadas son muy valiosos para nosotros y sus familiares. Nos alegra que esté de acuerdo.

La Ley Uniforme de Decisiones de Atención Médica (Uniform Health Care Decisions Act) de 2025 incluye importantes cambios a la anterior ley de Delaware para responder a las necesidades actuales de los residentes de Delaware y sus profesionales de la salud. Este paquete incluye dichos cambios. Cuando termine de completar el formulario, asegúrese de entregar copias a su apoderado, sus proveedores de atención médica, familiares, clérigos y otras personas relacionadas con su atención. Tratar estos temas importantes con dichas personas ayudará a todos a prepararse mejor.

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. 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.

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.

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

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Katie Johnson', written over a horizontal line.

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 decidir, tiene el derecho legal de tomar sus propias decisiones de atención médica y recibir esta información de un modo comprensible. Su médico, especialista o profesional de la salud de práctica avanzada le brindarán orientación y recomendaciones sobre tratamientos, pero usted tiene autoridad suficiente como para aceptar o rechazar cualquier tratamiento que se le ofrezca.

¿Qué sucede si mi afección médica me impide decidir?

Si una afección médica le impide comprender las opciones médicas y tomar decisiones informadas, otra persona debe tomar las decisiones por usted. Si es mayor de 18 años, puede redactar una "Directiva Anticipada de Atención Médica" para designar a un apoderado que tome decisiones por usted. Esta directiva también puede servir de guía para que su apoderado, sus médicos u otros profesionales de la salud comprendan lo que desea o no desea que se haga en el caso de que no pueda decidir por sí mismo.

¿Qué incluye una directiva médica anticipada?

Según las leyes de Delaware, una directiva médica anticipada consta de tres secciones:

- un poder legal para atención médica;
- una lista de prioridades para la planificación de la atención; e
- instrucciones sobre el uso de tratamientos de soporte vital.

Un **poder legal para atención médica** le permite designar a otra persona (**apoderado**) 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. Aun así, según las leyes de Delaware, no es posible designar como apoderada a una persona en las siguientes circunstancias:

- Un tribunal determina que el posible apoderado representa un peligro para el bienestar del paciente, aunque el tribunal no emita una orden de protección contra el maltrato.
- El posible apoderado es propietario, administrador, empleado o contratista de un geriátrico o centro de atención a largo plazo donde el paciente reside o recibe atención, a menos que dicho propietario, administrador, empleado o contratista sea un familiar del paciente o conviva con este.
- El paciente tiene pendiente, en contra del posible apoderado, una petición de protección contra el maltrato.
- El paciente tiene, en contra del posible apoderado, una orden de protección contra el maltrato.
- Existe una orden judicial civil o penal en contra del posible apoderado que prohíbe o limita su contacto con el paciente.

Una **instrucción para decisiones de atención médica** es una declaración escrita de sus intenciones. 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 capaz y competente para tomar decisiones de atención médica. Un testigo adulto debe observarlo mientras firma y luego agregar su firma a la directiva.

El testigo que usted elija debe ser mayor de edad y no puede ser su apoderado, cónyuge, pareja de hecho o una persona que conviva con el apoderado como su pareja. Si usted está en un hospital, un geriátrico o un centro similar, debe elegir un testigo que no sea empleado del centro.

¿Una directiva médica anticipada tiene validez si estoy embarazada?

Las leyes de Delaware establecen que no se puede impedir o interrumpir un procedimiento de soporte vital en una paciente embarazada, en la medida en que el feto tenga probabilidades de desarrollarse lo suficiente como para nacer con vida.

¿Dónde guardo mi directiva médica anticipada?

Debería guardar el original en un lugar fácil de encontrar y entregar copias a su apoderado, a su médico u otro profesional de la salud, y a su hospital local, para que forme parte de sus registros médicos. También puede entregar copias a familiares y amigos cercanos, a su abogado, a su clérigo y a cualquier persona que ayude a que se cumplan sus decisiones.

¿Qué sucede si cambio de parecer?

Puede revocar su directiva médica anticipada en cualquier momento destruyéndola o redactando una nueva. También debe informar a su médico u otro profesional de la salud, y a su apoderado.

¿Mi directiva médica anticipada tiene validez en otros estados?

Si bien las leyes varían según el estado, los profesionales médicos suelen hacer todo lo posible por cumplir con las directivas de otros estados. En caso de mudarse 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. Le recomendamos actualizar su directiva médica anticipada en Delaware a la versión más reciente.

¿Qué sucede si no tengo una directiva médica anticipada?

Si el paciente no hubiese designado un apoderado por escrito o hubiese designado a un subrogante en forma oral, o si el apoderado o el subrogante no estuvieran disponibles por motivos razonables, cualquier miembro de las siguientes clases de personas vinculadas al paciente que estuviera disponible, en el siguiente orden de prioridad, podrá desempeñarse como subrogante por defecto:

1. el/la cónyuge o pareja de hecho, salvo en los siguientes casos:
 - se haya presentado una solicitud de anulación o disolución del matrimonio, divorcio, separación legal o desvinculación, y no se la haya desestimado o retirado;
 - se haya dictaminado la anulación o disolución del matrimonio, divorcio, separación legal o desvinculación;
 - el paciente y su cónyuge o pareja de hecho hayan acordado desvincularse legalmente en un documento escrito;
 - el/la cónyuge o pareja de hecho haya abandonado al paciente durante más de un año.
2. un padre o hijo mayor de edad;
3. una persona con la que conviva el paciente;
4. un hermano mayor de edad;
5. un abuelo o nieto mayor de edad;
6. una persona mayor de edad que haya asistido al paciente en la toma de decisiones de manera sostenida durante los seis meses anteriores y no sea ninguna de las personas identificadas anteriormente;
7. un hijastro criado activamente por el paciente durante su infancia y con quien mantenga una relación fluida;
8. una persona mayor de edad que haya demostrado especial cuidado y preocupación por el paciente y que conozca sus valores personales; o
9. en el caso de que el paciente 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 con una línea las palabras correspondientes a dicha decisión en lugar de dejar el espacio en blanco. No se permite modificar los requisitos de los apoderados o el testigo que firme el formulario, 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 o profesional de práctica avanzada, apoderado, cónyuge, clérigo, familiares y amigos íntimos. Explique a cada persona que reciba una copia el porqué de sus elecciones. Al compartir esta información ayudará a las personas que se preocupan por respetar sus valores y objetivos con respecto a su atención médica.

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 curador, en el caso de que usted deje de ser competente y necesite uno. Si desea designar a un curador, debe hablar con un abogado.

Para asegurarse de que sus elecciones se ajusten a lo que predica su congregación religiosa, comuníquese con su clérigo.

Si usted ha decidido ser donante de órganos y tejidos para ofrecer a otros el regalo de la vida, asegúrese de informar a su apoderado. 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>.

CÓMO COMPLETAR LA PARTE I: PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

Su apoderado puede tomar cualquier decisión de atención médica que usted pudiese haber tomado mientras tenía la capacidad para tomar decisiones de atención médica, incluido el uso de tratamientos de soporte vital. En el caso de que el apoderado no tenga la capacidad o no esté dispuesto o razonablemente disponible para tomar decisiones, le recomendamos designar a un apoderado alternativo para que tome decisiones de atención médica en su lugar. (Consulte la lista de requisitos del apoderado en la definición del poder legal para atención médica en la sección anterior).

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

- dar, negar o retirar su consentimiento para que usted reciba todo 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, incluido el uso de tratamientos de soporte vital;
- tener el mismo nivel de acceso a información y registros médicos que usted, incluido el derecho a divulgar su contenido a terceros;
- autorizar su admisión o alta de cualquier hospital, asilo, centro de atención residencial, centro de asistencia, o un establecimiento o servicio similar;
- 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;
- contratar y despedir personal de atención médica, servicio social u otro tipo de apoyo a cargo de su cuidado; y
- 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 acuerdo con las prioridades e 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 elegiría en esas circunstancias. Si su apoderado no pudiera determinar lo que usted habría elegido en esas circunstancias, tendrá autoridad suficiente para tomar decisiones de atención médica basadas en 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. El apoderado deberá tener en cuenta los siguientes factores, y otros, si corresponden:

- sus valores personales, filosóficos, religiosos y éticos;
- las probabilidades de que usted recupere la capacidad para tomar decisiones;
- las probabilidades de que usted muera;
- las molestias y beneficios de su tratamiento a futuro; y
- 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.

CÓMO COMPLETAR LA PARTE II: PRIORIDADES E INSTRUCCIONES

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, en la medida en que dicho rechazo no contravenga las leyes de salud pública vigentes. Al completar este formulario, usted da instrucciones anticipadas para tratamiento médico. Estas instrucciones solo entrarán en vigor cuando su médico o profesional de práctica avanzada determinen que usted no tiene la capacidad de tomar decisiones médicas.

En la sección **Mis prioridades de atención médica**, se les ofrece a su apoderado y su equipo de atención médica una guía útil sobre sus objetivos de atención. Lea todas las prioridades y elija el nivel de importancia que le da a cada una. Al final se incluye un espacio para que especifique cualquier información adicional. Le recomendamos especialmente que hable con su apoderado y le transmita en detalle los valores, motivos y sentimientos detrás de sus decisiones.

En la sección **Instrucciones específicas**, se incluyen las indicaciones que usted desea que su apoderado y su equipo de atención médica sigan con respecto a la administración de tratamientos de soporte vital, incluidos RCP, nutrición y otros cuidados médicos.

En la sección **Alivio del dolor**, debe registrar su preferencia con respecto al tratamiento del dolor en los últimos días de vida.

En la sección **Facultades especiales y directivas opcionales**, puede expresarse con respecto a las decisiones sobre su atención y el modo en que se toman. Estas decisiones incluyen su admisión en centros de salud mental o atención a largo plazo, el acceso a información y la forma en que el apoderado debería proceder según sus instrucciones.

En la sección **Otras instrucciones médicas**, puede incluir instrucciones para cualquier otro problema de salud o tratamiento.

En la sección **Objetivos de atención**, hay 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. Podría solicitar que se tomen las medidas médicas necesarias para que sus familiares o amigos lejanos puedan visitarlo o comunicarse con usted.

En la sección **Otros valores y necesidades**, puede especificar las personas o actividades que serían importantes para usted. Por ejemplo, puede solicitar la presencia de un líder religioso o enumerar otras necesidades de atención espiritual. Podría solicitar privacidad con visitas limitadas de ciertos familiares y amigos, o fomentar el apoyo mutuo entre sus seres queridos.

Directiva Médica Anticipada de

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PARTE I: PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

DESIGNACIÓN DE APODERADO

Por la presente, designo como apoderado/a para que tome decisiones de atención médica en mi nombre a la siguiente persona:

(Nombre)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Teléfono)

APODERADO/A ALTERNATIVO/A

En el caso de que mi apoderado no esté vivo, no tenga la capacidad o no esté dispuesto o razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, mi **apoderado/a alternativo/a** será la siguiente persona:

(Nombre)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Teléfono)

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.

VIGENCIA DE LAS FACULTADES DEL APODERADO: Las facultades de mi apoderado entrarán en vigor cuando el médico o profesional de práctica avanzada que me esté tratando en ese momento determine que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica.

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

PARTE II: INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA

MIS PRIORIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA

Al tomar decisiones sobre mi atención, deseo que se considere el nivel de importancia que le doy a cada uno de estos objetivos:

Permanecer con vida el mayor tiempo posible, incluso con limitaciones físicas importantes, es:

- Muy importante
- Algo importante
- No importante

Permanecer con vida el mayor tiempo posible, incluso con limitaciones mentales importantes, es:

- Muy importante
- Algo importante
- Poco importante

No sentir dolor es:

- Muy importante
- Algo importante
- Poco importante

Ser independiente es:

- Muy importante
- Algo importante
- Poco importante

Que mi apoderado hable con mi familia antes de tomar decisiones sobre mi atención es:

- Muy importante
- Algo importante
- Poco importante

Que mi apoderado hable con mis amigos antes de tomar decisiones sobre mi atención es:

- Muy importante
- Algo importante
- Poco importante

Otras prioridades:

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

Incluyo las siguientes instrucciones específicas para que las siga mi médico o profesional de práctica avanzada:

Un **TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL** es cualquier procedimiento que se realice con el fin de mantenerme con vida, pero no para hacerme sentir mejor o cualquier otro propósito. Los tratamientos pueden incluir, entre otros, reanimación cardiopulmonar (RCP), uso de un respirador (intubación) y diálisis renal. (Marque o coloque sus iniciales en todas las opciones que correspondan).

- Administrar siempre (si elige esta opción, no seleccione otras opciones en esta sección sobre tratamientos de soporte vital).
- No administrar si padezco una afección incurable que, según se prevea, me causará la muerte pronto, aunque reciba tratamiento.
- No administrar si estoy inconsciente y no se prevé que recupere la conciencia.
- No administrar si padezco un problema de salud del que no se prevé que me recupere y me impida comunicarme con mis seres queridos, cuidarme solo/a y reconocer a mis familiares y amigos.
- Otras:

ALIMENTOS Y LÍQUIDOS: Si no puedo tragar y, para seguir con vida, debo recibir alimentos o líquidos por sonda u otros medios por el resto de mi vida, deseo que se respeten las siguientes indicaciones sobre alimentos o líquidos (marque o coloque sus iniciales en todas las opciones que correspondan):

- Administrar siempre (si elige esta opción, no seleccione otras opciones en esta sección sobre tratamientos de soporte vital).
- No administrar si padezco una afección incurable que, según se prevea, me causará la muerte pronto, aunque reciba tratamiento.
- No administrar si estoy inconsciente y no se prevé que recupere la conciencia.
- No administrar si padezco un problema de salud del que no se prevé que me recupere y me impida comunicarme con mis seres queridos, cuidarme solo/a y reconocer a mis familiares y amigos.
- Otras:

ALIVIO DEL DOLOR

Mi voluntad es que en toda circunstancia se me administre cualquier atención médicamente apropiada que se necesite para aliviar o controlar mi dolor. Si se determina que he llegado al final de mi vida y padezco dolor, deseo que se respeten las siguientes indicaciones sobre tratamientos que me hagan sentir mejor aunque viva menos tiempo (marque o coloque sus iniciales en todas las opciones que correspondan):

- Administrar siempre (si elige esta opción, no seleccione otras opciones en esta sección sobre tratamientos de soporte vital).
 - No administrar si padezco una afección incurable que, según se prevea, me causará la muerte pronto, aunque reciba tratamiento.
 - No administrar si estoy inconsciente y no se prevé que recupere la conciencia.
 - No administrar si padezco un problema de salud del que no se prevé que me recupere y me impida comunicarme con mis seres queridos, cuidarme solo/a y reconocer a mis familiares y amigos.
 - Otras:
-
-
-

FACULTADES ESPECIALES Y DIRECTIVAS OPCIONALES

Mi apoderado puede hacer lo siguiente ÚNICAMENTE si lo he marcado o firmado con mis iniciales:

- Ingresarme como paciente de manera voluntaria en un centro de salud mental por hasta ____ días. (Indique la cantidad de días).
- Alojarme en una residencia de adultos mayores por más de 100 días, aun cuando mis necesidades puedan satisfacerse en otro lugar, no tenga una enfermedad terminal y me oponga.

Mi apoderado puede obtener, examinar y divulgar información sobre mi atención médica y mis necesidades de salud si no puedo tomar decisiones por mí mismo/a. Si las siguientes opciones están marcadas o firmadas con mis iniciales, mi apoderado también puede recurrir a ellas siempre que considere que me ayudarán.

- Autorizo a mi apoderado a obtener, examinar y divulgar información sobre mi atención médica y mis necesidades de salud siempre que mi apoderado considere que esto me beneficiará.
- Autorizo a mi apoderado a ser flexible en la aplicación de estas instrucciones si considera que eso sería lo mejor para mí, basándose en lo que sabe sobre mí.

OTRAS INSTRUCCIONES MÉDICAS

A continuación, incluyo instrucciones adicionales para mi atención médica:

OBJETIVOS DE ATENCIÓN

Solicito que se tengan en cuenta los siguientes valores personales y objetivos médicos como guía para mi plan de atención:

OTROS VALORES Y NECESIDADES

Solicito que se utilicen los siguientes valores y necesidades personales como guía para mi plan de atención:

INFORMACIÓN PARA APODERADOS

Como apoderado, usted puede tomar decisiones siguiendo las instrucciones de este documento y cualquier otra instrucción que haya recibido del paciente. Si desconoce los deseos del paciente, tome la decisión que considere más conveniente para este. Puede basarse en los valores, las preferencias y los objetivos de atención del paciente. Puede recibir la información médica del paciente siempre y cuando este no tenga la capacidad para tomar decisiones, a menos que el paciente haya indicado lo contrario en la sección "Facultades especiales y directivas opcionales".

FIRMAS

Mi nombre y firma

(Nombre en letra de imprenta) (Firma) (Fecha)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

Nombre y firma del testigo

(Nombre en letra de imprenta) (Firma) (Fecha)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

DECLARACIÓN DEL TESTIGO

FIRMADO Y DECLARADO en forma escrita por el declarante indicado anteriormente conforme al Título 16 del Código de Delaware, párrafo 2508(d), delante de mí, quien, en su presencia y a pedido suyo ha firmado este documento en calidad de testigo y da fe de lo siguiente:

- Estoy presente en el momento en que esta persona firma el poder legal para atención médica y/o las directivas anticipadas que expresan sus intenciones.
- Soy mayor de 18 años de edad.
- Tengo motivos razonables para creer que el acto de esta persona de crear el poder legal es voluntario y consciente.
- No soy el apoderado designado por esta persona.
- No soy cónyuge o pareja de hecho del apoderado, ni convivo con él.
- Si esta persona reside en un sanatorio, casa de descanso, asilo de ancianos, centro de cuidados u otra institución relacionada, no soy propietario, administrador, empleado ni contratista de la institución donde reside.

NOTARIO (La presencia de un notario es opcional. Los notarios de Beebe no son elegibles).

Jurado y suscrito ante mí el día _____ de _____.

Mi nombramiento vence: _____

(Firma del notario)