



DOCUMENTO del PLAN ANTICIPADO de ATENCIÓN MÉDICA

De acuerdo con la misión y los valores de BayCare Health System, creemos que toda persona debe ser tratada con dignidad y respeto mientras sigue sus metas de curación, con énfasis en el mantenimiento de la salud y atención humanitaria.

Lo que nosotros esperamos es que estas instrucciones anticipadas fomenten la comunicación y la toma de decisiones informadas con respecto a las opciones de tratamiento médico en las etapas finales de la vida. Toda persona tiene derecho a un control adecuado del dolor y el sufrimiento, cuidados para estar cómodo y acceso a los servicios de cuidados paliativos. Los médicos han aprendido que puede ser fútil y doloroso mantener con vida a algunas personas, a cualquier costo y utilizando todos los métodos conocidos.

Todo adulto tiene el derecho de elaborar instrucciones anticipadas, como medio de expresar sus deseos de atención y tratamiento en las fases finales de la vida. Las leyes de Florida requieren que se sigan las instrucciones del paciente respecto a las etapas finales de la vida, si están expresadas claramente, cuando la persona no tenga una probabilidad médica razonable de recuperación, tenga una enfermedad terminal, una afección en su fase final o se encuentre en un estado vegetativo persistente.

EL DOCUMENTO DEL PLAN ANTICIPADO DE ATENCIÓN MÉDICA

- Todo adulto estadounidense competente tiene el derecho legal de controlar sus propias decisiones respecto al cuidado de su salud y de aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico. El Plan Anticipado de Atención Médica es un documento legal que me permite comunicar por adelantado mis decisiones en relación con el tratamiento médico, si después yo fuese incapaz de expresar mis decisiones respecto al tratamiento.
- Éstas se seguirán SÓLO cuando yo tenga una enfermedad o afección mencionada en el presente documento.
- Si usted pide que no se le intente suministrar Resucitación Cardiopulmonar (CPR) afuera del hospital, el estado de Florida requiere un formulario especial (Formulario DH 1896). Si usted vive afuera de la Florida, averigüe en su estado si se requieren formularios especiales.

Enfermedades/afecciones en las cuales hay poca o ninguna probabilidad razonable de recuperación.

Use la siguiente lista como referencia al responder las preguntas de la siguiente página.

- **Enfermedad en fase terminal:** He avanzado hacia las fases finales de la vida a pesar de recibir tratamiento completo, o mis órganos vitales están dañados más allá de su funcionamiento adecuado y no pueden reemplazarse mediante un trasplante (los ejemplos incluyen el cáncer ampliamente propagado que no puede controlarse con tratamiento, graves daños al corazón y los riñones que causan una sensación de profunda asfixia con cualquier actividad, aun con tratamiento de oxígeno).
- **Estado inconsciente (estado vegetativo permanente):** He estado y sigo estando, totalmente inconsciente con pocas probabilidades razonables de poderme despertar algún día (como después de haber sufrido daños cerebrales causados por la pérdida de sangre u oxígeno al cerebro o lesiones a la cabeza.)
- **Confusión permanente:** Soy incapaz de recordar, comprender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos, y/o soy incapaz de mantener una conversación clara con ellos (un ejemplo es la fase final de la demencia de Alzheimer.)
- **Dependencia total:** Soy incapaz de hablar claramente o moverme por mí mismo(a). Dependo de otras personas para la alimentación y la higiene, y soy incapaz de comunicarme. Mi situación no puede mejorar con rehabilitación ni ningún otro método (un ejemplo es un derrame cerebral grave con parálisis y pérdida del habla.)

Opciones terapéuticas que intentan prolongar la vida

Elegir "No" en la tabla que aparece en la siguiente página significa que yo he elegido dejar que la muerte siga su curso natural, sin interferencia médica. El tratamiento para aliviar el dolor y el sufrimiento se mantendrá

- **CPR (Resucitación Cardiopulmonar):** Para intentar que mi corazón vuelva a latir después de haberse detenido, y para hacerme empezar a respirar después de que la respiración haya parado, generalmente utilizando electrochoque al pecho, compresión repetida del pecho, colocación de un tubo para respirar por la garganta y el uso de un respirador artificial.
- **Soporte vital:** El uso de máquinas para que hagan el trabajo de los órganos que han fallado, por lo general en la unidad de cuidados críticos de un hospital.
- **Cirugía, análisis de laboratorio, transfusiones de sangre y antibióticos, etc.:** Éstos son análisis y tratamientos para diagnosticar y tratar afecciones específicas. Cuando yo no tenga una probabilidad razonable de recuperación, tales análisis y tratamientos no me ofrecen ningún beneficio y pueden prolongar innecesariamente el sufrimiento e interferir con una muerte natural.
- **Alimentación por tubos:** Cuando yo no tenga una probabilidad razonable de recuperación y no pueda tragar, el uso de tubos para enviar nutrición artificial e hidratación a mi estómago o a mis venas no me proporcionará ningún alivio, pero puede prolongar mi sufrimiento innecesariamente.

PLAN ANTICIPADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____ quiero elegir la manera como será tratado(a) durante los últimos días de mi vida. Solicito que se me dé el tratamiento médico que sea suficiente para prevenir sufrimiento innecesario, incluido dolor, asfixia y estrés emocional y psicológico. Cuando yo sea incapaz de tomar mis propias decisiones respecto al cuidado de mi salud, pido a mi(s) médico(s), otros proveedores de atención médica y mi representante para el cuidado de la salud que sigan las instrucciones anticipadas del presente documento. Mis opciones respecto a los tratamientos para cuatro afecciones que tienen poca o ninguna posibilidad de recuperación son:

Opciones terapéuticas para afecciones que tienen poca o ninguna oportunidad de recuperación

*Marcar "Sí" quiere decir que YO QUIERO tratamiento para la afección mencionada.
Marcar "No" quiere decir que YO NO QUIERO tratamiento para la afección mencionada.*

Enfermedades/Afecciones

	CPR-Resucitación Cardiopulmonar	Soporte vital (con máquinas)	Cirugía/Sangre/ Antibióticos/Análisis de laboratorio	Alimentación por tubos (por vía intravenosa o estomacal)
Enfermedad en fase terminal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado de inconciencia permanente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Confusión permanente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia total:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otras instrucciones: _____

Si cumpliera los criterios médicos: Yo deseo _____ Yo no deseo _____ donar mis órganos y/o tejidos para beneficio de otras personas.

Selección del representante para el cuidado de mi salud

Cuando yo no pueda expresar mis propias decisiones o dar mi consentimiento para rechazar o interrumpir el tratamiento médico para prolongar la vida, asigno a la(s) siguiente(s) persona(s) para que tome(n) las decisiones terapéuticas en mi nombre de acuerdo con el espíritu del presente documento y mis deseos previamente expresados:

Designado/a: _____

Nº de Teléfono (_____) _____ Dirección _____

Suplente: _____

Nº de Teléfono (_____) _____ Dirección _____

Por medio del presente eximo de responsabilidad a mis médicos y todos los demás proveedores de atención médica que de buena fe me atiendan o se nieguen a proporcionarme tratamiento, si ellos creen, de manera razonable, que tal(es) acción(es) es(son) consistente(s) con mis deseos. Además, pido que mi familia y cualquier persona que actúe en mi nombre sigan mis deseos e instrucciones y tomen las medidas necesarias, incluidas acciones legales, para asegurarse de que mis deseos e instrucciones se cumplan. Instruyo a mi Apoderado o el Representante Legal que administre mis fondos económicos en mi nombre que ponga dichos fondos a disposición de mi representante para el cuidado de la salud o cualquier otra persona que actúe en mi nombre, para asegurarse de que se cumplan mis deseos tal como se expresan en el presente documento.

Su nombre en letra de molde _____ **Firma** _____

Nº de Seguro Social _____ - _____ - _____ Teléfono (_____) _____ Fecha _____

Dirección _____

Testigo: Nombre en letra de molde _____ **Firma** _____

Dirección _____

Testigo: Nombre en letra de molde _____ **Firma** _____

Dirección _____

*(Los Representantes para el Cuidado de la Salud NO pueden actuar como testigos para el presente documento.
Uno de los testigos NO puede ser su cónyuge o un pariente consanguíneo.)*

QUÉ HACER CON ESTE DOCUMENTO DEL PLAN ANTICIPADO DE ATENCIÓN MÉDICA

- Conserve siempre su documento original. Colóquelo con sus archivos personales donde resulte accesible para otras personas.
- Entregue una copia a su(s) médico(s).
- Lleve una copia al hospital cada vez que sea hospitalizado(a).
- Entregue una copia a su Representante para el Cuidado de la Salud, explíquelo su significado y el propósito de su plan anticipado de atención médica, y mantenga una conversación profunda sobre sus objetivos de atención médica y sus deseos para las fases finales de la vida.
- Comente con sus familiares más cercanos el contenido de su Documento del Plan Anticipado de Atención Médica.
- Entregue una copia a su líder espiritual.
- Si usted tiene un testamento vital o un Plan Anticipado de Atención Médica preexistente, destruya el documento anterior y cualquier copia existente y entregue copias del nuevo documento a las personas mencionadas anteriormente.
- Algunos estados requieren llenar un formulario estatal adicional si usted no desea que se le suministre Resucitación Cardiopulmonar (CPR). Usted debe verificar con su proveedor de atención médica o con los funcionarios de salud del estado si su estado requiere un formulario adicional para evitar la Resucitación Cardiopulmonar (CPR) (Formulario “No Intentar Resucitación” o “DNR”).
- Si usted siente que este documento le resulta útil, comparta la idea con sus amigos y familiares y remítalos al Proyecto GRACE para obtener más información y su propio Plan Anticipado de Atención Médica.



Project GRACE

Para consultas:

Project GRACE • 5771 Roosevelt Blvd., Suite 720 • Clearwater, FL 33760
Teléfono: (727) 536-7364 • Gratuito: 1-877-99-GRACE • Fax: (727) 536-7365
www.projectgrace.org