

Este folleto ha sido elaborado por el personal de los Hospitales de la Universidad de Chicago con el propósito de ayudarle a entender su derecho, bajo la ley de Illinois para aceptar o rechazar tratamientos médicos y a tomar sus propias decisiones relacionadas a su atención médica al planificar sus decisiones sobre su atención médica ahora y en el futuro.

Usted como persona competente mayor de 18 años de edad, tiene derecho a ser informado sobre su condición médica y sobre las alternativas de tratamiento, riesgos y beneficios de los tratamientos propuestos y derecho a tomar sus propias decisiones sobre sus cuidados de salud. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier procedimiento médico ofrecido. También tiene derecho a dar instrucciones anticipadas sobre sus deseos relacionados a sus cuidados de salud en caso de no poder determinar o comunicar sus deseos en el futuro. Los Hospitales de la Universidad de Chicago cumplirán con las decisiones de cada paciente de aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico ofrecido y cumplirá con la “Carta Poder Médica para Cuidados de Salud”.

La ley de Illinois reconoce dos tipos de Directivas por Anticipado. Una de estas es la “Carta Poder Médica para Cuidados de Salud”, la otra es “Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial”. La carta Poder Médica para Cuidados de Salud es un documento que permite nombrar a alguien para actuar como su agente para tomar decisiones sobre su tratamiento. La Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial, es una declaración escrita que indica al personal médico que debe retener o suspender procedimientos para retrasar la muerte en caso de que usted se encuentre en un estado médico terminal y no pueda comunicarse. Lo que es más importante, cualquiera de estos dos documentos le permiten tomar decisiones sobre el tratamiento que recibirá cuando ya no pueda participar directamente en las decisiones sobre su tratamiento.

Este folleto ha sido elaborado para ayudarle a entender sus derechos, a tomar sus propias decisiones y a entender las Directivas por Anticipado respondiendo a las preguntas que usted pudiera tener. Si desea llenar una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial o una Carta Poder Médica para Cuidados de Salud usted encontrará dichos documentos incluidos en este folleto. Si desea convertirse en donante de órganos, este folleto también le ayudará a hacerlo. Puede completar cualquiera de los formularios que se incluyen, después de leer la información de este folleto. Lo invitamos a que hable sobre esta vital planificación con su doctor y cualquier persona que sea importante para usted.

Lea este folleto. Si tiene preguntas o dudas, un miembro de nuestro departamento de Servicios Sociales le responderá con mucho gusto. Llame al (773) 702-1805 y solicite que le comuniquen con un Trabajador Social para hablar sobre las Directivas por Anticipado.

Para aquellos pacientes que no puedan tomar o comunicar sus decisiones y que no tengan ninguna Directiva por Anticipado, la ley de Illinois permite bajo circunstancias limitadas, que otra persona tome las decisiones en nombre el paciente. Para los pacientes menores

de 18 años de edad, los padres del paciente, bajo la asesoría el médico, tomarán las decisiones de cuidados médicos por su hijo, de acuerdo a las leyes estatales y federales el agente que designe tendrá los poderes que le otorgue usted en la Carta Poder Médica para Cuidados de Salud. Usted le puede dar al agente todos los poderes que usted mismo tendría en caso de seguir tomando decisiones; después, el agente puede tener el derecho de ser informado sobre cualquier tratamiento médico y aceptarlo o rechazarlo en su nombre. También puede limitar el poder que le dé a su agente de cualquier manera que seleccione.

¿La Carta Poder para Cuidados de Salud permitiría que mi agente tome cualquier decisión sobre mis bienes o asuntos de negocio?

No. La Carta Poder Médica para Cuidados de Salud cubre únicamente las decisiones de cuidados de salud y no le da al agente el derecho de tomar decisiones relacionadas con sus bienes o asuntos de negocios en su nombre.

¿ En que se diferencia el Carta Poder Médica para Cuidados de Salud y la Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

La Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial es usada únicamente bajo el riesgo de muerte inminente, y sólo si usted no puede hablar por sí mismo. La Carta Poder Médica para Cuidados de Salud es más flexible. Este documento le permite a su agente tomar decisiones en todas las situaciones relacionadas con cuidados de salud que usted haya seleccionado y es, en ese sentido, preferible a la Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial, la cual se enfoca en circunstancias más específicas. Su agente bajo la Carta Poder Médica para Cuidados de Salud, puede tomar decisiones sobre sus cuidados médicos por usted aún cuando usted no padezca de una enfermedad terminal y cuando su muerte no sea inminente. Ese documento es particularmente valioso cuando se deben hacer selecciones sobre su tratamiento que no han sido anticipadas. Si usted tiene una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial y una Carta Poder Médica para Cuidados de Salud, la última será el instrumento que prevalecerá a menos que el agente no esté disponible.

¿Cómo puedo completar un formulario de Carta Poder Médica para Cuidados de Salud?

El formulario de la Carta Poder Médica para Cuidados de Salud se encuentra en la bolsa trasera de este folleto. Léalo cuidadosamente. Si desea completarlo, usted deberá firmar una declaración en el formulario que indica que usted entiende la información contenida en el formulario de la Carta Poder Médica para Cuidados de Salud o Poder Legal Durable. Llene la información requerida y nombre a la persona que desea que sea su agente. También puede nombrar a una Segunda persona en caso de que la primera que nombre no esté dispuesta a tomar decisiones por usted.

¿Debo de tener un abogado para completar un formulario de Carta Poder Médica para Cuidados de Salud?

No. El nombre de este documento puede causar confusión, pero el hecho es que usted no necesita tener un abogado para completar este formulario. Tampoco necesita nombrar a un abogado como agente para que tome decisiones por usted. Si desea consultar a un abogado, lo exhortamos a que lo haga.

¿Puedo seguir tomando mis propias decisiones relacionadas con mis cuidados de salud después de firmar un formulario de Carta Poder Médica para Cuidados de Salud?

SI. Usted puede seguir tomado sus propias decisiones relacionadas con sus cuidados de salud. Usted puede limitar específicamente la autoridad de su agente para tomar decisiones únicamente cuando usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. La mayoría de la gente hace precisamente esto.

¿A quién puedo seleccionar como agente?

La persona que usted nombre como agente debe tener por lo menos 18 años de edad. Su agente debe ser alguien a quien usted conoce y en quien confía, y que conozca sus creencias y valores. Esta persona puede ser un amigo, un familiar, un pastor, o cualquier otra persona que seleccione. Esta persona no puede ser su doctor o su enfermero.

¿ Qué le debo decir a mi agente?

Usted puede dar instrucciones generales o específicas- o no dar instrucciones además de aquellas que se incluyen en el formulario de Carta Poder Médica para Cuidados de Salud. A su agente le podría ser útil conocer y entender sus valores y deseos relacionados con los cuidados médicos. Le recomendamos que hable sobre sus preferencias con su doctor y su familia. A continuación incluimos algunos ejemplos de situaciones o tratamientos de salud que tal vez desee comentar con dichas personas:

Afecciones/ Diagnósis

- Daños cerebrales
- Dolor severo y crónico
- Incapacidad de reconocer a familiares o seres queridos.
- Incapacidad Severa
- Coma Permanente
- Enfermedad terminal
(Como cáncer o una afección cardiaca)
- Caso extremo de enfermedad de Alzheimer
- Fallo de algún órgano vital

Tratamiento/ Procedimientos

- * Resucitación cardiaca
- * Máquinas de respiración
- * Quimioterapia
- * Diálisis Renal
- * Transfusiones de sangre
- * Terapia de Antibióticos
- * Alimentación Artificial
- * Donación de Órganos
- * Autopsia

Le recomendamos que hable sobre estos temas con su familia y sus médicos aún si decide no completar un formulario de la Carta Poder Médica para Cuidados de Salud.

¿Qué ocurre si mi doctor o mi familia está en desacuerdo con las decisiones de tratamiento tomadas en mi nombre por mi agente?

La persona que usted nombre, de acuerdo con los poderes que otorgue, tiene el derecho de tomar cualquier decisión que usted podría tomar por sí mismo, aún si su familia está en desacuerdo. Cualquier doctor que esté en desacuerdo con las decisiones de su agente debe ayudar a encontrar a otro doctor que cumpla con las decisiones tomadas en su nombre.

¿ Puedo cambiar de opinión sobre el tipo de tratamiento que deseo a quien será mi agente?

Sí. Usted siempre podrá cambiar de opinión y destruir el formulario de la carta Poder Médica para Cuidados de Salud y/o firmar uno nuevo. Puede revocar el documento destruyéndolo, o mediante una declaración escrita firmada y fechada indicando que usted está revocando la Carta Poder Médica para Cuidados de Salud, o diciéndole a una o varias personas mayores de 18 años que firmen y fechen una declaración que indique que lo han escuchado revocar su Carta Poder Médica para Cuidados de Salud. SI cambia de opinión, usted deberá notificar a todas las personas que tengan copias de su formulario de Carta Poder Médica para Cuidados de Salud y destruir todas las copias existentes. Asegúrese de decírselo a su doctor,

¿ Debo tener un formulario de Carta Poder Médica para Cuidados de Salud para recibir atención médica?

No. Nadie le puede exigir que firme un formulario de Carta Poder Médica para Cuidados de Salud. Este documento no es necesario para obtener seguro o recibir atención médica.

¿Después de firmar un formulario de Carta Poder Médica Para Cuidados De Salud, Qué Hago?

Usted debe de tomar los siguientes cuatro pasos:

1. Hable sobre su Carta Poder Médica Para Cuidados de Salud con su doctor, y sus familiares y su agente.
2. Haga varias copias del documento firmado y déselas a su doctor y a su agente.
3. Pídale a su doctor que incluya La carta Poder Médica Para Cuidados de Salud como parte de su expediente médico.

4. Considere mantener una nota en su bolso o cartera declarando que usted tiene una Carta Poder Médica Para Cuidados De Salud.

¿ Los Doctores en otros estados cumplirán con lo indicado en mi formulario de Carta poder Para Cuidados Médicos?

Tal vez, Este formulario ha sido redactado para ser usado en Illinois. Aunque es posible que los doctores en otros estados no estén obligados por la ley a cumplir con este documento, este es un buen medio para indicarle a su doctor cuales son sus deseos. Le recomendamos que lleve consigo una copia de su documento al viajar.

¿Mi agente puede tomar decisiones sobre donativos de órganos o autopsia?

Sí. Su agente puede consentir a que se haga un donativo de órganos o una autopsia a menos que usted lo limite expresamente en La Carta Poder Médica Para Cuidados De Salud. Si usted está interesado en ser un donante de órganos, Por favor lea el folleto “Donante de Órganos: El presente para el futuro” que recibió cuando fue ingresado, usted puede convertirse en un donante leyendo ese folleto y llenando la Tarjeta Uniforme para Donantes que encontrará adentro.

Declaración De Rechazo de Medios de Vida Artificial

¿ Que es una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

Una declaración de rechazo de medios de vida artificial es una declaración hecha por escrito por una persona en la que solicita al personal médico a que retenga o suspenda los procedimientos para retrasar la muerte en caso de que dicha persona tenga una afección terminal y no pueda comunicarse. Si selecciona firmar una Declaración de Rechazo de Medios de Vida artificial, el documento manifestará su deseo que la muerte ocurra de manera natural e instruirá a su doctor a que retenga o suspenda el tratamiento que únicamente prolonga el proceso de morir. Estas instrucciones pueden ser cumplidas únicamente si usted tiene una afección terminal y no puede tomar decisiones relacionadas con sus cuidados médicos. Sin embargo, su doctor deberá seguir proporcionando tratamiento para cuidados para el alivio del dolor.

¿Qué es una afección terminal?

Una afección terminal es una afección incurable e irreversible en la que la muerte es inminente y ningún tratamiento medico puede curar o invertir la afección.

¿Qué es un procedimiento para retrasar la muerte?

Un “procedimiento para retrasar la muerte” es cualquier intervención médica que sirve únicamente para posponer la muerte. Estos procedimientos pueden incluir la respiración artificial, los tratamientos de riñón artificiales (diálisis), los medicamentos intravenosos, la resucitación cardíaca, las transfusiones de sangre, la alimentación por sonda, la nutrición intravenosa y la hidratación, o otros procedimientos que sirven únicamente para retrasar el momento de la muerte.

¿ Cuándo entra en vigor una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

La Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial entra en vigor únicamente cuando usted se está muriendo y ya no puede manifestar sus deseos.

¿ Mi doctor debe saber seguir las instrucciones en mi Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

Sí. Su doctor sabe que usted tiene una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial, el debe seguir las instrucciones en el documento a menos que el cumplimiento de dicha Declaración viole las creencias personales, éticas o religiosas del mismo médico. Si su doctor siente que no puede cumplir con su Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial, él deberá encontrar a otro doctor que esté dispuesto a hacerlo. Está es una de las razones por las que es tan importante que usted hable sobre esto con su doctor.

¿ Es legal que mi doctor siga mis instrucciones?

Sí. Un doctor que siga las instrucciones de su Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial de buena fe y de acuerdo con normas médicas razonables no estará sujeto a ninguna responsabilidad criminal o civil al hacerlo.

Mi seguro de vida tiene una cláusula sobre suicidio. ¿ Puede ser mi muerte considerada como un suicidio si me muero después de que el doctor haya seguido las instrucciones en mi declaración de rechazo de medios de vida artificial?

No. Una muerte que resulte de las acciones tomadas por un médico para retener o suspender procedimientos para retrasar la muerte, de acuerdo con la Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial válida, no puede ser considerada como suicidio para ningún propósito.

¿ Quién puede firmar una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

Cualquier persona mayor de 18 años de edad en pleno uso de sus facultades puede firmar una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial.

¿ Se exige que yo tenga una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

No. No se exige que usted tenga una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial, y nadie puede requerir que tenga una. Este documento no es necesario para obtener seguro o recibir cuidados médicos.

¿ Cómo completo una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

Lea determinadamente la declaración de rechazo de medios de vida artificial contenida en este folleto. Si este documento refleja sus deseos, firme y feche el documento en presencia de dos testigos adultos que deben presenciar el momento en el que usted firme el documento. Le recomendamos que hable sobre su declaración de rechazo de medios de vida artificial con su familia y sus médicos

¿ Quiénes pueden ser testigos de mi firma de la declaración de rechazo de medios de vida artificial?

Los testigos deben ser mayores de 18 años y:

- No deben ser parientes con usted por consanguinidad o matrimonio;
- No deben ser personas que puedan heredar algo de usted;
- No deben ser responsables por el pago de sus cuidados médicos.

Después de firmar una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial, ¿ qué debo hacer con ella?

Usted debe tomar los siguientes cuatro pasos:

1. Hable sobre su Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial con su doctor y sus familiares;
2. Haga varias copias del documento firmado y déselas a su doctor y a sus familiares;
3. Pedirle a su doctor que incluya la declaración de rechazo de medios de vida artificial como parte de su expediente médico;
4. Considere mantener una nota en su bolso o cartera declarando que usted tiene una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial e indicando donde está ubicada.

¿Debo actualizar mi Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

No está obligado a hacerlo, pero es una buena idea repasar su Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial por lo menos cada cierto número de años para asegurarse de que todavía refleje sus deseos. Si firmó un formulario anterior de la Declaración de

Rechazo de Medios de Vida Artificial de Illinois bajo una ley anterior, no es necesario que utilice el nuevo formulario que encontrará en este folleto. Si firmó una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial de otro estado, sírvase firmar también el formulario de Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial de Illinois. Si ambos formularios continúan manifestando sus creencias, entonces no revoque el formulario del otro estado.

¿Puedo cancelar mi Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial?

Sí. Una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial puede ser cancelada o revocada en cualquier momento. Puede hacer esto diciéndole a alguien que usted tiene intenciones de revocarla, rompiéndola en pedazos o declarando por escrito que revoca la Declaración de Rechazo de Vida Artificial. Si tiene más de una copia, todas las copias deben ser distribuidas. Lo que es aun más importante, es que usted debe asegurarse de comunicarle su decisión a su doctor.

¿Qué debo de hacer si tengo una copia de la Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial de otra persona?

Si tiene una copia de la Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial de otra persona y si dicha persona está en un hospital o en un asilo de ancianos, usted debe dársela al doctor de esa persona o al hospital o asilo de ancianos donde esa persona está recibiendo cuidados.

CUANDO NO EXISTE UNA CARTA PODER MÉDICA PARA CUIDADOS DE SALUD.

Si no he firmado una Carta Poder Médica para Cuidados de Salud o una Declaración de Rechazo de Medios de Vida Artificial, ¿quién tomara las decisiones sobre el tratamiento de sostenimiento de vida?

Si no ha completado una Carta Poder Médica para Cuidados de Salud y no puede tomar decisiones por sí mismo, la ley de Illinois permite que bajo ciertas circunstancias, otra persona tome decisiones de cuidados de salud en su nombre, incluyendo la decisión de retener el tratamiento de sostenimiento de vida. Esta persona es denominada “persona sustituta a cargo de tomar decisiones” o Sustituto”.

¿Quién sería mi sustituto?

La persona a la que su doctor le pediría que actué como sustituta y tome las decisiones será la persona o personas más cercanas a usted que aparecen nombradas primero en la siguiente lista:

1. El tutor de su persona
2. Su cónyuge
3. Cualquiera de sus hijos adultos
4. Su padre y/o madre
5. Un hermano adulto
6. Un nieto adulto
7. Un amigo cercano
8. El custodio de su sucesión

¿Cuándo será nombrado el sustituto para que tome decisiones en mi nombre?

Se nombrará a un sustituto si usted no puede tomar decisiones por sí mismo y si su propio doctor declara por escrito que usted sufre de una de las siguientes afecciones:

1. Si usted tiene una enfermedad o lesión incurable y la muerte es inminente como resultado de la misma, o
2. Si usted está inconsciente permanentemente, o
3. Si usted tiene una afección incurable o irreversible que causará la muerte y que involucra un dolor severo, y el tratamiento proporcionará únicamente un beneficio médico mínimo.

¿Cómo sabrá el sustituto qué decisiones tomar a mi nombre?

El sustituto debe tratar de tomar decisiones que usted tomaría por sí mismo, tomando en cuenta sus propios valores personales, filosóficos, religiosos, morales, éticos. Si el sustituto no puede determinar que decisión hubiera tomado usted, entonces el sustituto tratará de actuar según lo que él mismo cree que son los mejores intereses de usted.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO HOSPITALS = LOS HOSPITALES DE LA
UNIVERSIDAD DE CHICAGO

OFFICE OF MEDICAL & LEGAL AFFAIRS = OFICINA DE ASUNTOS MÉDICOS
Y LEGALES

5841 South Maryland Avenue
Chicago, Illinois 60637-1470

CARTA PODER MÉDICA PARA CUIDADOS DE SALUD

AVISO: LEA LA INFORMACIÓN EN ESTE FOLLETO ANTES DE COMPLETAR
ESTE FORMULARIO.

PODER LEGAL celebrado el día de _____, 20__.

1. Yo, _____, designo por este medio a
_____ Nombre del agente
_____ Domicilio del agente

Como agente para actuar por mí en mi nombre para tomar todas las decisiones por mí en lo relacionado con mis cuidados personales, tratamientos médicos, hospitalización, y cuidados de salud y para solicitar, retener o suspender cualquier tipo de tratamiento o procedimientos médicos, aún si esto resultara en mi muerte. Mi agente tendrá el mismo acceso a mis expedientes médicos que yo tengo, incluyendo el derecho de dar a conocer el contenido a otros. Mi agente también tendrá el poder absoluto de disponer de todo mi cuerpo o parte del mismo para propósitos médicos, autorizar una autopsia y dirigir la disposición de mis restos.

2. Los poderes otorgados arriba mencionados estarán sujetos a los siguientes reglamentos o limitaciones (deje el espacio en blanco si no hay ninguno):

(El tema del tratamiento de sostenimiento de vida es de particular importancia. Para su comodidad el tratar con ese tema, abajo se incluye algunas declaraciones generales con respecto a la retención o suspensión de tratamiento de sostenimiento de vida. Si está de acuerdo con una de estas declaraciones, puede escribir sus iniciales al lado de la misma; pero no escriba sus iniciales en más de una)

_____ Yo no deseo que mi vida sea prolongada y tampoco deseo que se proporcione o continúe ningún tratamiento de sostenimiento de vida si mi agente cree que la carga del tratamiento excede a los beneficios esperados. Deseo que mi agente considere el alivio del sufrimiento, los gastos involucrados y tanto la calidad como posible extensión de mi vida al tomar decisiones relacionadas con los tratamientos de sostenimiento de vida.

_____ Yo deseo que mi vida sea prolongada y deseo que se proporcione o continúe un tratamiento de sostenimiento de vida al menos que me encuentre en un estado de coma y que el médico encargado crea que es irreversible, de acuerdo con normas médicas razonables en el momento en cuestión. En caso de estar en estado de coma.

_____ Yo deseo que mi vida sea prolongada el mayor grado posible sin importar cual sea mi estado de salud, la probabilidad que tenga de recuperarme o el costo de los procedimientos.

1. Esta Carta Poder entrará en vigor el _____.
2. Este Carta Poder terminará el _____.
3. Si un agente nombrado por mí mismo fallece, se convierte en persona legalmente incapacitada, renuncia, se niega a actuar o no se encuentra disponible, nombro a las siguientes personas (cada una para actuar sola y sucesivamente, en el orden en que aparece su nombre) como sucesores de dicho agente.

1. _____
Nombre Domicilio

2. _____
Nombre Domicilio

Si se debe designar a un tutor de mi persona, nomino a la siguiente persona para que actué como dicho tutor:

Nombre Domicilio

Estoy completamente informado/a sobre todo el contenido de este formulario y entiendo todo la importancia que posee este otorgamiento de poderes a mi agente.

Firmado por _____

El principal ha tenido la oportunidad de leer este formulario y lo ha firmado o ha reconocido su firma o marca en el formulario en mi presencia.

(Testigo)

Residente en

Usted tiene la opción de pedirle a su agente y a sus agentes sucesores que proporcionen sus firmas en la parte inferior. Si incluyen las firmas en el poder legal, usted debe completar la certificación que aparece junto a las firmas de los agentes.)

Firma del Agente _____
(Agente)

Agente Sucesor _____

Agente Sucesor _____

Certifico que la firma de mi agente y mis sucesores es correcta

Principal _____