

## Directivas anticipadas para la atención médica de Oregon

**Este formulario de directivas anticipadas le permite a usted:**

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos relacionados con la atención médica si no es capaz de expresarlos por sí mismo.
- Designar a una persona para que tome sus decisiones médicas si no puede hacerlo por sí mismo. Esta persona será su representante de atención médica y debe estar de acuerdo en asumir este cargo.

**Asegúrese de hablar acerca de sus directivas anticipadas y deseos con su representante de atención médica.** Esto les permitirá tomar decisiones que reflejen sus deseos. Se recomienda que llene todo el formulario.

**Puede encontrar el formulario de directivas anticipadas para Atención Médica de Oregon y su guía para las directivas anticipadas de Oregon en el sitio web del Oregon Health Authority.**

- En las secciones 1, 2, 5, 6 y 7, usted nombra a un representante de atención médica.
- En las secciones 3 y 4 proporciona instrucciones sobre su cuidado.

**El formulario de directivas anticipadas le permite expresar sus preferencias de atención médica.** Este formulario no es lo mismo que las Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment (POLST, por sus siglas en inglés)) tal como se definen en los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes (ORS, por sus siglas en inglés)) 127.663. Puede obtener más información acerca de POLST en su guía para las directivas anticipadas de Oregon.

**Este formulario puede usarse en Oregon para elegir a una persona que tome decisiones de atención médica por usted, si se encuentra muy enfermo para hablar por sí mismo** o no es capaz de tomar sus propias decisiones médicas. Esta persona se denomina representante de atención médica. Si no ha designado a un representante de atención médica vigente y se encuentra muy enfermo para hablar por sí mismo, se le designará un representante de atención médica según el orden de prioridad establecido en los ORS 127.635 (2) y esta persona solo puede decidir retener o retirar los tratamientos de soporte vital si cumple con una de las afecciones establecidas en los ORS 127.635 (1).

**Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias en cuanto a sus decisiones y preferencias de atención médica.**

**Si anteriormente ha llenado un formulario de directivas anticipadas, este nuevo formulario reemplazará cualquier directiva previa.**

**Debe firmar este formulario para que entre en vigencia.** Además, debe estar firmado por dos testigos o un notario. La designación del representante de atención médica no entrará en vigencia hasta que el representante acepte la designación.

**Si sus directivas anticipadas incluyen instrucciones sobre la suspensión de soporte vital o alimentación por sonda,** puede revocar sus directivas anticipadas en cualquier momento y en cualquier forma que exprese su deseo de revocarlas.

**En el resto de los casos,** puede revocar sus directivas anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera siempre y cuando sea capaz de tomar decisiones médicas.

## Formulario de directivas anticipadas

1. Información personal		
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento:
Números de teléfono: casa	Trabajo	Celular
Dirección:		Correo electrónico:

2. Información de mi representante de atención médica		
Elijo a la siguiente persona como mi representante de atención médica para que tome las decisiones médicas en mi nombre si no puedo hablar por mí mismo.		
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Relación:
Números de teléfono: casa	Trabajo	Celular
Dirección:		Correo electrónico:

Elijo a las siguientes personas como mis representantes de atención médica sustitutos, si mi primera opción no está disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, o si cancelo la designación de mi primer representante.

<b>Información del primer representante de atención médica sustituto</b>		
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Relación:
Números de teléfono: casa	Trabajo	Celular
Dirección:		Correo electrónico:

<b>Información del segundo representante de atención médica sustituto</b>		
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Relación:
Números de teléfono: casa	Trabajo	Celular
Dirección:		Correo electrónico:

### **3. Instrucciones para mi atención médica**

Esta sección es el espacio para expresar sus deseos, valores y objetivos para su cuidado. Sus instrucciones proporcionan orientación para su representante y a sus proveedores de atención médica.

Puede proporcionar orientación para su cuidado con las opciones que se indican a continuación. Esto aplica incluso si no elige a un representante de atención médica o si no pueden ser localizados.

#### **A. Decisiones sobre mi atención médica**

A continuación se presentan tres situaciones para que exprese lo que desea hacer. Le ayudarán a pensar en el tipo de decisiones de soporte vital a las que podría enfrentarse su representante de atención médica. Para cada una, seleccione la opción que más se acerque a sus deseos.

**a. Estado terminal**

Esto es lo que deseo si:

- Padezco de una enfermedad que no se puede curar ni revertir

**Y**

- Mis proveedores de atención médica creen que provocará mi muerte en un plazo de seis meses, independientemente de cualquier tratamiento.

<b>Coloque sus iniciales en una de las opciones</b>	
_____	Quiero someterme a todos los tratamientos disponibles para prolongar mi vida, tal como nutrición e hidratación artificial por sonda, fluidos intravenosos, diálisis renal y respiradores.
_____	Quiero prolongar mi vida, mediante la nutrición e hidratación artificial por sonda y fluidos intravenosos. No quiero someterme a otros tratamientos para prolongar mi vida, como la diálisis renal y respiradores.
_____	No quiero someterme a tratamientos para prolongar mi vida, tal como nutrición e hidratación artificial por sonda, fluidos intravenosos, diálisis renal o respiradores. Quiero estar cómodo y que me dejen morir de forma natural.
_____	Quiero que mi representante de atención médica decida por mí, después de hablar con mis proveedores de atención médica y de que considere lo que me parece importante. He manifestado lo que es importante para mí en la sección B más adelante.

**b. Enfermedad progresiva en estado avanzado**

Esto es lo que deseo si:

- Padezco de una enfermedad que se encuentra en estado avanzado.

**Y**

- Mis proveedores de atención médica creen que no mejorará y muy probablemente empeorará con el tiempo y me provoque la muerte.

**Y**

- Mis proveedores de atención médica creen que nunca podré:
  - » Comunicarme
  - » Digerir alimentos e ingerir líquidos de forma segura
  - » Cuidar de mí mismo
  - » Reconocer a mi familia y a otras personas

<b>Coloque sus iniciales en una de las opciones</b>	
_____	Quiero someterme a todos los tratamientos disponibles para prolongar mi vida, tal como nutrición e hidratación artificial por sonda, fluidos intravenosos, diálisis renal y respiradores.
_____	Quiero prolongar mi vida, mediante la nutrición e hidratación artificial por sonda y fluidos intravenosos. No quiero someterme a otros tratamientos para prolongar mi vida, como la diálisis renal y respiradores.
_____	No quiero someterme a tratamientos para prolongar mi vida, tal como nutrición e hidratación artificial por sonda, fluidos intravenosos, diálisis renal o respiradores. Quiero estar cómodo y que me dejen morir de forma natural.
_____	Quiero que mi representante de atención médica decida por mí, después de hablar con mis proveedores de atención médica y de que considere lo que me parece importante. He manifestado lo que es importante para mí en la sección B más adelante.

**c. En estado de inconsciencia permanente**

Esto es lo que deseo si:

- No estoy consciente.
- Y**
- Si mis proveedores de atención médica creen que es muy poco probable que vuelva a estar consciente.

<b>Coloque sus iniciales en una de las opciones</b>	
_____	Quiero someterme a todos los tratamientos disponibles para prolongar mi vida, tal como nutrición e hidratación artificial por sonda, fluidos intravenosos, diálisis renal y respiradores.
_____	Quiero prolongar mi vida, mediante la nutrición e hidratación artificial por sonda y fluidos intravenosos. No quiero someterme a otros tratamientos para prolongar mi vida, como la diálisis renal y respiradores.
_____	No quiero someterme a tratamientos para prolongar mi vida, tal como nutrición e hidratación artificial por sonda, fluidos intravenosos, diálisis renal o respiradores. Quiero estar cómodo y que me dejen morir de forma natural.

\_\_\_\_\_ Quiero que mi representante de atención médica decida por mí, después de hablar con mis proveedores de atención médica y de que considere lo que me parece importante. He manifestado lo que es importante para mí en la sección B más adelante.

Puede escribir en el espacio que aparece a continuación o adjuntar más hojas para indicar qué tipo de cuidado quisiera o no quisiera recibir.

**B. Lo que es importante para mí y solo para mí**

Esta sección solo aplica cuando se encuentre en un estado terminal, padezca de una enfermedad progresiva en estado avanzado o se encuentre en estado de inconsciencia permanente. Si desea utilizar esta sección, puede indicar las cosas que considere importantes para usted. Esto ayudará a su representante de atención médica.

Esto es lo que debe saber sobre lo que es importante para mí sobre mi vida:

Esto es lo que más aprecio de mi vida:

Esto es lo que considero importante de mi vida:

No quiero someterme a procedimientos de soporte vital, si no puedo mantenerme y ser capaz de participar de las siguientes formas:

**Coloque sus iniciales en todas las opciones que apliquen**

\_\_\_\_\_ Expresar mis necesidades

\_\_\_\_\_ Estar libre de sufrir de dolor agudo y padecimientos a largo plazo

\_\_\_\_\_ Saber quién soy y con quién me encuentro

\_\_\_\_\_ Vivir sin estar conectado a una máquina de soporte vital

\_\_\_\_\_ Participar en actividades que tengan importancia para mí, así como:

Si quiere añadir algo más para ayudar a su representante de atención médica a entender qué es lo más importante para usted, escriba aquí (Por ejemplo: no quiero atención médica si el resultado es...)

### **C. Mis creencias espirituales**

¿Tiene creencias espirituales o religiosas que desea que su representante de atención médica y las personas que lo están cuidando conozcan? Pueden ser rituales, sacramentos, negar transfusiones de productos sanguíneos y más.

Puede escribir en el espacio que aparece a continuación o adjuntar más hojas para indicar sus creencias espirituales o religiosas.

### **4. Más información**

Use esta sección si desea que su representante y sus proveedores de atención médica tengan más información sobre usted.

#### **A. Vida y valores**

A continuación puede compartir acerca de su vida y valores. Esto puede ser útil para su representante y proveedores de atención médica a la hora de tomar decisiones en cuanto a su atención médica. Puede incluir antecedentes familiares, experiencias con atención médica, antecedentes culturales, carrera profesional, sistema de apoyo social y más.

Puede escribir en el espacio que aparece a continuación o adjuntar más hojas para ampliar la información sobre su vida, creencias y valores.

#### **B. Lugar en donde recibirá la atención médica**

Si puede elegir dónde recibir atención médica, ¿qué prefiere? ¿En dónde le gustaría o no le gustaría recibir la atención médica? (Por ejemplo, un hospital, un hogar de ancianos, un centro de salud mental, un hogar de acogida para adultos, un centro de vida asistida, su hogar).

Puede escribir en el espacio que aparece a continuación o adjuntar más hojas para indicar dónde prefiere o no prefiere recibir la atención médica.

### C. Otros documentos

Puede adjuntar a este formulario otros documentos que considere útiles para su representante y proveedores de atención médica. Los documentos que adjunte formarán parte de su directivas anticipadas.

Puede enumerar los documentos que adjuntó en el espacio que aparece a continuación.

### D. Informe a otros

Puede conceder que su representante autorice a sus proveedores de atención médica, en la medida en que permitan las leyes de privacidad estatales y federales, a discutir su estado de salud y atención médica con la persona que indique a continuación. Solo su representante de atención médica puede tomar las decisiones sobre su cuidado.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido):		Relación:
Números de teléfono: Casa	Trabajo	Celular
Dirección:		Correo electrónico:

## 5. Mi firma

\_\_\_\_\_  
Mi firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## 6. Testigo

Cuando firme, llene la sección A o B

**A. Notario**

Estado de \_\_\_\_\_

País de \_\_\_\_\_

Firmado ante mí el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Notario público del estado de Oregon

**B. Declaración testimonial**

Conozco personalmente a quien llenó este formulario, o me presentó prueba de identidad, firmó o reconoció ante mí la firma de la persona que aparece en el documento, y parece no estar bajo coacción y entiende el propósito y efecto de este formulario. Además, no soy el representante de atención médica ni el representante de atención médica sustituto de la persona, tampoco soy el proveedor de atención médica que atiende a la persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## 7. Aceptación de mi representante de atención médica

Acepto esta designación y me comprometo a ejercer como representante de atención médica.

### Representante de atención médica:

---

Nombre en letra de molde

---

Firma u otra verificación de aceptación

---

Fecha

### Primer representante de atención médica sustituto:

---

Nombre en letra de molde

---

Firma u otra verificación de aceptación

---

Fecha

### Segundo representante de atención médica sustituto:

---

Nombre en letra de molde

---

Firma u otra verificación de aceptación

---

Fecha

**Accesibilidad al documento:** para las personas con discapacidades o que hablen un idioma distinto al inglés, el Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) puede proporcionar información en formatos alternativos como traducciones, en letra grande o braille. Comuníquese con el Centro de Información de Salud llamando al 1-971-673-2411, 711 TTY o [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us).