

# **Cómo Tomar Decisiones Sobre su Cuidado Médico**

**Cuando Usted no Puede Expresar sus Deseos**

**Un Resumen de las Leyes de Oregón de la Directiva Anticipada**

Decisiones de Salud de Oregón



## **USTED PUEDE ELEGIR**

Usted tiene el derecho de controlar su cuidado médico. Cuando necesite cuidados, si usted está consciente y tiene las facultades mentales para decidir, su doctor le informará sobre los tratamientos médicos que puede recibir.

En caso de que usted no tenga la capacidad de poder tomar decisiones en un futuro dado, este libreto incluye un formulario legal que le permite expresar sus deseos, por anticipado, en cuanto a su cuidado médico. Este formulario se llama la Directiva Anticipada, porque le permite decidir por anticipado sobre su cuidado médico.

Si la recuperación de un problema médico grave es improbable, algunos pacientes no quieren la carga adicional de la continuidad de un tratamiento. Usted puede elegir, por anticipado, el aceptar o rehusar los tratamientos para mantenerle o prolongarle la vida.

Por ejemplo, algunas personas no quieren tratamientos médicos adicionales si están a punto de fallecer. Otras no quieren tratamientos adicionales si llegan a un estado de deterioro mental, cuando ya no puedan reconocer a sus amistades o familia. Usted puede elegir que le prolonguen la vida, o pedir que el tratamiento se concentre más en su comodidad.

## **RECIBIRA CUIDADOS QUE ASEGUREN SU COMODIDAD Y DIGNIDAD**

Si elige que se interrumpa el soporte de vida, usted no será abandonado. Tiene derecho a que lo cuiden para asegurarse de que esté tan cómodo y limpio como sea posible, y a ser tratado con dignidad. Por ejemplo, usted recibirá las medicinas que necesita para no tener dolor. Su equipo de asistencia médica le dará comida y líquidos tomados por la boca, lo mantendrá limpio y sin pasar frío, y respetará su privacidad.

Si lo desea, usted puede hablar con su doctor para que le explique qué ocurre en caso de que se interrumpa el equipo de soporte de vida. Debe asegurarse de que su doctor y su familia sepa qué decisiones ha tomado.

## **¿DEBERA COMPLETAR EL FORMULARIO DE LA DIRECTIVA ANTICIPADA?**

Si usted habló con sus seres queridos, y ellos están de acuerdo en proseguir con sus elecciones, seguramente seguirán sus deseos. Si, por otra parte, quiere asegurarse de que se seguirán sus órdenes, puede completar el formulario de la Directiva Anticipada que se incluye en este libreto.

Usted no tiene que completar una Directiva Anticipada. Pero si lo hace, se seguirán sus decisiones.

## **LA CLAVE ES LA COMUNICACION**

Si usted ha hablado con los miembros de su familia, ellos pueden mantener sus deseos y los doctores los seguirán.

Este tipo de conversaciones con la familia puede ser difícil de comenzar. Algunos pacientes usan el comienzo de estas frases y las completan añadiendo sus decisiones:

- No quiero que se prolongue el dolor y el sufrimiento, incluso si...
- Quiero que me traten con dignidad, y eso significa que...
- Quiero quedarme en la casa tanto tiempo como sea posible, porque...
- Yo creo que la vida es sagrada, lo que significa que...
- No quiero que mi familia tenga una carga adicional, así que...
- Quiero estar cómodo en el momento de fallecer, incluso si...
- Quiero que me traten de acuerdo a mis creencias religiosas y tradiciones, lo que incluye que...

Al compartir sus deseos y valores, usted puede guiar sus cuidados médicos en el futuro y, al mismo tiempo, evitar que el peso de las decisiones caiga sobre sus seres queridos.

### **¿DONDE PUEDO OBTENER MAS INFORMACION?**

Llame a Oregon Health Decisions, una organización sin fines de lucro y exenta de impuestos, al 503-692-0894 o, en Oregon, llame gratis al 1-800-422-4805. Oregon Health Decisions puede enviarle información adicional sobre las leyes que rigen las Directivas Anticipada y puede contestarle sus preguntas por teléfono. También puede escribir a:

**Oregon Health Decisions**  
7451 SW Coho Ct, Ste 101  
Tualatin, Oregon 97062

#### **PARA SU INFORMACIÓN:**

Este material fue desarrollado de acuerdo con el Patient Self-Determination Act (Acta de Auto Determinación del Paciente), una ley federal que requiere que los proveedores del cuidado de la salud le informen a sus pacientes de sus derechos bajo la ley del estado cuando toman decisiones concernientes al cuidado de su salud. Preguntas acerca de esta ley deben ser dirigidas a su proveedor de cuidado de la salud. Asuntos que tengan que ver con el cumplimiento de la ley deben también ser dirigidos al Health Care Licensure and Certification office of the Oregon Health Division (oficina de Certificación y Licencias del Cuidado de la Salud del Departamento de Salud Pública del Estado de Oregon) llamando al teléfono 503-731-4013 o al Senior and Disabled Division (Departamento de Ancianos e Incapacitados) llamando al teléfono 800-232-3020.

## ¿COMO COMPLETO MI DIRECTIVA ANTICIPADA?

En las páginas del centro de este libreto (impresas en negro) encontrará el formulario oficial de la Directiva Anticipada de Oregón. Esas páginas contienen las instrucciones que necesita para completar el formulario.

## ¿QUE DEBO HACER CON EL FORMULARIO DESPUES DE COMPLETARLO?

Debe enviarle una copia a las personas a quienes seguramente se les preguntará acerca de sus deseos. Para sus archivos, puede escribir aquí el nombre de las personas que recibieron una copia de su Directiva Anticipada, o el de las personas que saben el tipo de cuidado médico que usted desea recibir:

Miembros de la Familia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Representante Médico \_\_\_\_\_  
Doctor \_\_\_\_\_  
Otro Personal Médico \_\_\_\_\_  
Abogado \_\_\_\_\_  
Consejero Espiritual \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_  
Otros Sitios de Cuidados Médicos \_\_\_\_\_

También es buena idea llevar con usted una tarjeta de cartera como ésta:

<p><b>MI DIRECTIVA ANTICIPADA PARA CUIDADOS MEDICOS</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>He completado los siguientes formularios:</p> <p><input type="checkbox"/> Directiva Anticipada</p> <p><input type="checkbox"/> Poder Legal para Cuidados Médicos</p> <p><input type="checkbox"/> Directiva para Doctores</p> <p>Le dí una copia de mis formularios a:</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____</p> <p>Mi Representante de Cuidados Médicos es:</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____</p>
---

TARJETA DE CARTERA

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA DIRECTIVA ANTICIPADA

1. Despegue las páginas centrales de este libreto, incluyendo estas instrucciones. Esas páginas (impresas en negro) contienen el formulario completo de la Directiva Anticipada.
2. Si desea nombrar a un representante para que tome decisiones sobre su cuidado médico, seleccione a la persona que desea y escriba su nombre, dirección y número de teléfono en la Sección B del formulario. A pesar de no ser obligatorio, se recomienda que nombre un representante alterno, en caso de que la primera persona que eligió no pueda representarlo. Complete también las preguntas de la Sección B.
3. Si quiere dar instrucciones sobre su soporte de vida, alimentación por tubo (sonda) u otros cuidados médicos para el futuro, complete la Sección C.
4. Puede incluir instrucciones o limitaciones especiales en una hoja de papel. Después de hacerlo, firme y ponga la fecha en el papel y anéxelo a su formulario. Si añade un papel con instrucciones especiales, escriba en el espacio de la página 2 o en la página 6 de su formulario la siguiente frase: "Ver Anexo."
5. Seleccione a dos personas adultas como testigos. Cuando esté listo para firmar su Directiva Anticipada, reúnanse con sus dos testigos. Si nombró a un representante, firme la sección B. Si incluyó instrucciones especiales, firme la sección C. Sus dos testigos deben firmar la sección D. Si usted firma la Directiva Anticipada antes de que lleguen sus testigos, debe reconocer su firma ante ellos. Los testigos no necesitan leer su Directiva Anticipada.
6. Si usted reside en un hospital de ancianos cuando firma el directivo anticipado (Advanced Directive), uno de los testigos debe ser una persona escogida por el hospital de ancianos. Su segundo testigo no debe ser un pariente (ni familiar por matrimonio ni por adopción), nadie que tenga derecho a recibir parte de la herencia que deje al morir, ni un dueño/empleador del hospital de ancianos. Su segundo testigo puede ser un amigo, su pastor, vecino, compañero de cuarto en el hospital de ancianos o una persona voluntaria, etc.
7. Si nombró a un representante para que tome las decisiones sobre su cuidado médico, su representante debe leer su Directiva Anticipada y conversar con usted acerca de sus deseos. Su representante debe firmar y fechar la Sección E. Su representante alterno debe hacer lo mismo. Sus representantes no tienen que firmar en frente de testigos, y pueden firmar después de que usted lo haya hecho.
8. Al terminar de completar su Directiva Anticipada, dele copias a sus contactos clave (miembros de su familia, proveedores de cuidados médicos, consejero espiritual, etc.). Mantenga una lista de sus nombres junto con el original firmado de la Directiva Anticipada en un lugar seguro. Puede usar la lista de la página 4 de este libreto. Si cancela o firma otra Directiva Anticipada envíele una copia de la Directiva Anticipada nueva a las mismas personas.
9. Prepare una tarjeta de cartera para ayudarle a su familia y a sus doctores a localizar su Directiva Anticipada. Puede encontrar una tarjeta de cartera en la página 4 de este libreto.

# **DIRECTIVA ANTICIPADA**

## **NO TIENE LA OBLIGACION DE COMPLETAR O FIRMAR ESTE FORMULARIO**

### **SECCION A: INFORMACION IMPORTANTE SOBRE ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA**

Este es un documento legal importante. Puede controlar situaciones críticas sobre el cuidado de su salud. Antes de firmarlo, considere esta información importante:

#### **Información Sobre la Sección B (Nombramiento de Representante Para Cuidados Médicos)**

Usted tiene el derecho de nombrar a una persona para que dirija el cuidado de su salud cuando usted esté incapacitado para hacerlo. A esa persona se le llama "Representante Para Cuidados Médicos." Puede hacer el nombramiento utilizando la Sección B de este formulario. Su representante debe aceptar el nombramiento en la Sección E de este libreto.

Puede escribir en este documento cualquier restricción que desee en cuanto a la forma en que quiere que su representante tome decisiones por usted. Su representante tiene que seguir sus deseos como usted lo indica en este documento o cómo se lo haya hecho saber por otro medio. Si se desconocen sus deseos, su representante debe actuar en su mejor interés. Su representante puede renunciar en cualquier momento.

#### **Información Sobre la Sección C (Instrucciones Sobre el Cuidado Médico)**

Usted también tiene el derecho de dejar instrucciones sobre su cuidado médico a sus doctores para que éstos las sigan si usted deja de estar capacitado para darlas. Puede hacerlo con la Sección C de este formulario.

#### **Información Acerca de Cómo Completar este Formulario**

Este formulario sólo es válido si usted lo firma voluntariamente y con todas sus facultades mentales. Si no desea tener una Directiva Anticipada, no tiene que firmar este formulario.

A menos que usted le ponga una fecha de vencimiento, esta Directiva Anticipada no se vencerá. Si le puso una fecha de vencimiento, y usted queda incapacitado para decidir por sí mismo antes de la fecha de vencimiento, esta Directiva Anticipada no vencerá hasta que usted vuelva a recobrar la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Usted puede anular este documento en cualquier momento. Para hacerlo, notifique a su representante y a su proveedor de servicios médicos sobre la anulación.

A pesar de tener este documento, usted siempre tiene el derecho de tomar sus propias decisiones mientras tenga capacidad de hacerlo.

Si hay algo en este documento que no comprenda, solicite la explicación a un abogado.

Puede firmar la SECCION B o la SECCION C, o ambas secciones. Puede tachar las palabras que no reflejen sus deseos o añadir palabras para aclarar sus deseos. Los testigos deben firmar la SECCION D.

Escriba su NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y DIRECCION aquí:

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

A menos que la anule o suspenda, esta Directiva continuará durante:

PONGA SUS INICIALES EN UNO:

\_\_\_\_\_ Toda mi vida  
\_\_\_\_\_ Otro período ( \_\_\_\_\_ Años)

**SECCION B: NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PARA CUIDADOS MEDICOS**

Nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante para cuidados médicos. La dirección de mi representante es \_\_\_\_\_ y su número de teléfono es \_\_\_\_\_.

Nombro a \_\_\_\_\_ como mi representante alterno para cuidados médicos. La dirección de mi representante alterno es \_\_\_\_\_ y su número de teléfono es \_\_\_\_\_.

Autorizo a mi representante (o alterno) para dirigir mis cuidados de salud cuando a mi no me sea posible hacerlo.

**NOTA:** No puede nombrar a su doctor, a un empleado de su doctor, ni a un dueño, gerente o empleado de una instalación de servicios médicos que usted esté usando, a menos que esa persona sea su familiar directo, o a través de matrimonio o adopción, o que haya nombrado a esa persona antes de que usted fuera admitido en la instalación de servicios médicos.

1. Límites.

Condiciones o Instrucciones Especiales \_\_\_\_\_

---

---

**PONGA SU INICIAL AQUI SI LE CORRESPONDE:**

\_\_\_\_\_ He realizado y expedido una Directiva para Doctores o Instrucciones para cuidados médicos. Mi representante debe respetar mis deseos.

2. Soporte de Vida.

El "Soporte de Vida" se refiere a cualquier medio médico que sirva para mantener la vida, incluyendo procedimientos, aparatos y medicinas. Si rehusa el soporte de vida, usted seguirá recibiendo las medidas rutinarias de limpieza y comodidad.

**PONGA SU INICIAL AQUI SI LE CORRESPONDE:**

\_\_\_\_\_ Mi representante PUEDE tomar decisiones sobre mi soporte de vida. (Si no pone su inicial aquí, su representante NO PODRA decidir sobre su soporte de vida).

3. Alimentación por Sonda.

Una forma de soporte de vida es el suministro artificial de alimentos y agua por un tubo médico, proceso que se conoce como alimentación por sonda.

**PONGA SU INICIAL AQUI SI LE CORRESPONDE:**

\_\_\_\_\_ Mi representante PUEDE tomar decisiones sobre mi alimentación por sonda. (Si no pone sus iniciales en esta sección, su representante NO PODRA decidir sobre su alimentación por sonda).

**FIRME AQUI PARA NOMBRAR A UN REPRESENTANTE PARA CUIDADOS MEDICOS**

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona que realiza el nombramiento)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## SECCION C: INSTRUCCIONES SOBRE EL CUIDADO DE SALUD

NOTA: Al completar estas instrucciones, mantenga la siguiente información en mente:

- La frase “si lo recomienda mi doctor” significa que usted quiere que su doctor administre soporte de vida si lo cree provechoso, y que lo descontinúe si no le ayudando con su condición o síntomas.
- “Soporte de vida” y “alimentación por sonda” están definidos en la Sección B.
- Si rehúsa la alimentación por sonda, necesita comprender que seguramente resultará en desnutrición, deshidratación y muerte.
- Siempre recibirá cuidados que aseguren su limpieza y comodidad, independientemente de sus elecciones.

• Usted puede dar instrucciones específicas completando los incisos 1 al 4 que se indican a continuación, o puede usar las instrucciones generales del inciso 5:

1. Fallecimiento inminente. Si estoy falleciendo y el soporte de vida sólo pospondría el momento de mi muerte:

A. PONGA SUS INICIALES EN UNA:

\_\_\_\_\_ Quiero que me den alimentación por sonda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero la alimentación por sonda si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO alimentación por sonda.

B. PONGA SUS INICIALES EN UNA:

\_\_\_\_\_ Quiero recibir cualquier clase de soporte de vida que corresponda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero soporte de vida si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO soporte de vida.

2. **Permanente Inconsciente.** Si estoy inconsciente y es muy improbable que me recobre:

A. **PONGA SUS INICIALES EN UNA:**

\_\_\_\_\_ Quiero que me den alimentación por sonda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero alimentación por sonda si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO alimentación por sonda.

B. **PONGA SUS INICIALES EN UNA:**

\_\_\_\_\_ Quiero recibir cualquier clase de soporte de vida que corresponda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero soporte de vida si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO soporte de vida.

3. **Enfermedad Fatal Progresiva.** Si tengo una enfermedad fatal que progresa y está en una etapa avanzada, y si estoy permanentemente y consistentemente soy incapaz de comunicarme por ningún medio, de tragar comida o agua con seguridad, de cuidarme a mí mismo y de reconocer a mi familia y a otras personas, y es muy improbable que mi condición vaya a mejorar substancialmente:

A. **PONGA SUS INICIALES EN UNA:**

\_\_\_\_\_ Quiero que me den alimentación por sonda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero alimentación por sonda si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO alimentación por sonda.

B. **PONGA SUS INICIALES EN UNA:**

\_\_\_\_\_ Quiero recibir cualquier clase de soporte de vida que corresponda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero soporte de vida si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO soporte de vida.

4. **Sufrimiento Extraordinario.** Si el soporte de vida no mejorara mi condición médica y me hiciera sufrir dolores severos y permanentes:

A. **PONGA SUS INICIALES EN UNA:**

\_\_\_\_\_ Quiero que me den alimentación por sonda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero alimentación por sonda si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO alimentación por sonda.

B. **PONGA SUS INICIALES EN UNA:**

\_\_\_\_\_ Quiero recibir cualquier clase de soporte de vida que corresponda.

\_\_\_\_\_ Sólo quiero soporte de vida si lo recomienda mi doctor.

\_\_\_\_\_ NO QUIERO soporte de vida.

5. Instrucciones Generales.

PONGA SUS INICIALES SI LE CORRESPONDE:

\_\_\_\_\_ No quiero que se prolongue mi vida con soporte de vida. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como soporte de vida. Deseo que mis doctores me dejen morir naturalmente si mi doctor y otro doctor calificado confirman que estoy en cualquiera de las condiciones descritas en los incisos del 1 al 4.

6. Condiciones o Instrucciones Adicionales. (Incluya la descripción de lo que quiere que se haga).

---

---

---

7. Otros Documentos. Un "Poder Legal para cuidados de salud" es cualquier documento que haya firmado que nombre a un representante para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

PONGA SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

\_\_\_\_\_ Firmé con anterioridad un Poder Legal para cuidados de salud. Quiero que siga en efecto a menos que yo haya nombrado un representante para cuidados de salud después de haber firmado el poder mencionado.

\_\_\_\_\_ Tengo un Poder Legal para cuidados médicos y LO ANULO mediante esta elección.

\_\_\_\_\_ NO TENGO un Poder Legal para cuidados médicos.

FIRME AQUI PARA DAR INSTRUCCIONES

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## SECCION D: DECLARACION DE LOS TESTIGOS

Declaramos que la persona que firma esta Directiva Anticipada:

- a) La conocemos personalmente y nos ha comprobado su identidad;
- b) Ante nosotros firmó o reconoció como suya la firma en esta Directiva Anticipada;
- c) Parece tener todas sus facultades mentales y no estar bajo fuerza ilícita, engaño o influencia de ninguna clase;
- d) No nos ha nombrado a ninguno de nosotros como su representante o representante alterno para cuidados de salud; y
- e) No es un paciente a quien ninguno de nosotros atendamos como médico de cabecera.

Testigos:

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo/Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo/Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Testigo)

NOTA: Por lo menos uno de los testigos debe ser una persona que no sea un familiar (directo, por matrimonio o adopción) de la persona que firma la Directiva. Ese testigo tampoco debe ser el beneficiario de ninguna de las posesiones de esta persona al morir. Ese testigo tampoco debe ser el dueño, manejar o ser empleado de una instalación médica donde la persona que firma sea residente o paciente.

## SECCION E: ACEPTACION DEL REPRESENTANTE PARA CUIDADOS MEDICOS

Acepto este nombramiento y estoy de acuerdo en actuar como representante de cuidados médicos. Comprendo que debo actuar consistentemente bajo los deseos de la persona a quien represento, como se expresa en esta Directiva Anticipada o como me lo ha hecho saber de otra manera. De no saber los deseos de la persona a quien represento, tengo el deber de actuar para asegurar lo que en mi parecer es lo mejor para esa persona. Comprendo que este documento me permite decidir sobre el cuidado médico de esta persona mientras dicha persona no pueda hacerlo por sí misma. Comprendo que la persona que me nombró puede anular este nombramiento. Si yo me entero de que este documento ha sido anulado o suspendido, le informaré al proveedor actual de cuidados médicos si conozco su identidad.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante para Cuidados de Salud)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante Alterno para Cuidados de Salud)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

## **SU DERECHO EN OREGON DE TOMAR DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD**

### **¿TENGO QUE ACEPTAR TODOS LOS TRATAMIENTOS MEDICOS QUE EXISTEN?**

No. Usted tiene el derecho de aceptar o rehusar cualquier tratamiento o examen médico que le propongan.

**¿COMO SABRE QUE DECIDIR?** Su doctor le dirá qué tratamientos o exámenes le recomienda. Su doctor también le informará sobre los riesgos y sobre otras alternativas. Si usted desea más información, su doctor le hablará sobre el tratamiento o examen, las alternativas que existen y los riesgos importantes. Cuando usted tenga suficiente información, usted decidirá si quiere ese tratamiento o examen.

**¿COMO PUEDO PLANEAR POR ANTICIPADO PARA EL DIA EN QUE NO PUEDA TOMAR MIS PROPIAS DECISIONES?** Oregón tiene un formulario disponible que usted puede completar y firmar para registrar sus decisiones en dicho caso. El formulario se llama Directiva Anticipada. Tiene dos secciones principales, una se llama "Instrucciones sobre el Cuidado Médico" y la otra es el "Nombramiento de Representante para Cuidados Médicos."

**¿COMO PUEDO CONTROLAR LA CLASE DE CUIDADOS MEDICOS QUE VOY A RECIBIR EN CASO DE NO PODER TOMAR MIS PROPIAS DECISIONES?** Rellena la sección de "Instrucciones Sobre el Cuidado Médico" en el formulario de Directiva Anticipada. Eso le permite controlar el tratamiento médico que va a recibir, y bajo qué circunstancias lo va a recibir.

### **¿COMO NOMBRO A ALGUIEN PARA QUE PUEDA ACTUAR POR MI?**

Completando la sección de "Nombramiento de Representante para Cuidados Médicos" en el formulario de Directiva Anticipada. Eso le permite seleccionar a un adulto como su representante. Esa persona debe ser alguien en quien usted confíe para decidir qué hacer sobre su cuidado médico si usted está incapacitado para decidir por sí mismo. Su representante no puede actuar por usted a menos que usted no pueda tomar sus propias decisiones. También puede nombrar a un representante alterno. El representante y cualquier representante alterno deben firmar el formulario para aceptar el cargo. La Directiva Anticipada le permite decir qué decisiones pueden tomar esas personas. Es buena idea explicarles sus deseos a las personas nombradas.

**¿COMO SE PONE EN VIGOR UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?** Si usted es una persona adulta capaz de tomar sus propias decisiones, puede firmar una Directiva Anticipada en cualquier momento. No tiene que completarla ni firmarla si no quiere. Pero si lo hace, su doctor tiene que seguir sus deseos o transferir su cuidado a un doctor que siga sus deseos. El firmar el formulario no afectará su seguro médico.

**¿COMO OBTENGO Y FIRMO MI DIRECTIVA ANTICIPADA?** Las clínicas y los hospitales y algunas tiendas de papelería tienen el formulario oficial. Los abogados y los doctores pueden tener uno o ayudarlo a conseguir uno. En Oregón, la única

manera de asegurar que se respeten sus deseos, es completando y utilizando el formulario oficial. Lea cuidadosamente la sección sobre "Información Importante" al comienzo del formulario. Si las palabras del formulario no expresan sus deseos, tache las palabras que no quiera y añada sus propias palabras. No añada información sobre dinero o propiedades. Deben firmar el formulario usted y dos testigos que cumplan con los requisitos especiales. Envíe una copia a su doctor y a la persona que elija como representante. Guarde el original donde se pueda encontrar fácilmente.

**¿POR CUANTO TIEMPO QUEDA EN VIGOR UNA DIRECTIVA ANTICIPADA?** Usted puede anotar una fecha de vencimiento. Si no lo hace, el formulario estará en vigor hasta que usted lo anule. Usted lo puede anular en cualquier momento y de cualquier manera, pero la mejor forma es notificando a los que tienen una copia. A menos que usted lo indique por anticipado, una Directiva Anticipada nueva tiene prioridad sobre una que se firmó anteriormente. Su representante puede finalizar su responsabilidad en cualquier momento notificándolo a usted o a su doctor. El divorcio cancela el nombramiento del cónyuge, pero usted puede reafirmar el nombramiento de su ex esposo(a) firmando una Directiva nueva.

**¿EXISTEN DECISIONES PARA CUIDADOS MEDICOS QUE MI REPRESENTANTE NO PUEDE TOMAR?** Sí. Su representante no puede decidir sobre tratamientos de salud mental, esterilización, aborto, cirugía psíquica, tratamiento de shock, o muerte piadosa. Usted puede decidir sobre su salud mental por anticipado a través de un formulario que se llama "Declaración Sobre Tratamiento de Salud Mental", que se consigue en algunas tiendas de papelería o en su agencia local de salud mental.

**¿COMO TOMARA MI REPRESENTANTE LAS DECISIONES POR MI?** Su representante deberá actuar en la forma que usted especifica en su formulario de Directiva Anticipada. El o ella deberá respetar sus deseos. Si su representante no sabe cuáles son sus deseos, él o ella deberá actuar en su mejor interés. Su representante no tiene que pagar sus gastos médicos.

**¿PUEDE MI REPRESENTANTE RECHAZAR O DESCONTINUAR EL SOPORTE DE VIDA?** Sí, si su formulario de Directiva Anticipada así lo indica. Si usted no dejó instrucciones, la ley especifica cuatro condiciones médicas críticas en las cuales su representante puede decidir por usted sobre el soporte de vida:

- El soporte de vida no lo beneficiaría y le causaría dolor severo y permanente;
- Usted está a punto de fallecer y el soporte de vida sólo postpondría el momento de su muerte;
- Usted está inconsciente permanentemente; o
- Usted está en un estado avanzado de una enfermedad fatal progresiva.

La ley también permite que su representante decida sobre el soporte de vida en otras circunstancias que usted haya designado en el formulario. Pero siempre se le proporcionarán cuidados de rutina para su limpieza y comodidad. El soporte de vida no se rechazará o discontinuará si su formulario indica que usted quiere que se continúen.

**¿PUEDE MI REPRESENTANTE REHUSAR QUE ME DEN COMIDA O AGUA POR SONDA (TUBO MEDICO)?** Sí, si su formulario de Directiva Anticipada así lo indica. Además, su representante puede rehusar que le den alimentación por sonda si usted indicó con claridad que usted así lo desea. De otra forma, usted recibirá alimento por sonda para prolongarle la vida, a menos que esté en una de las cuatro condiciones médicas críticas que especifica la ley. Su representante no puede rehusarle comida ni agua que usted pueda tomar de manera normal.

**¿COMO SE DECIDE POR MI SI NO TENGO UN FORMULARIO OFICIAL?** Si usted está en una de las cuatro condiciones médicas críticas que especifica la ley, un estatuto de Oregón permite que sus familiares cercanos o amistades decidan por usted sobre el soporte de vida. Ellos u otras personas pueden pedir autorización judicial para quedar nombrados como su guardián.

**¿SE ACEPTA EN OREGON UNA DIRECTIVA ANTICIPADA FIRMADA BAJO LAS LEYES DE OTRO ESTADO?** Sí, si usted no vivía en Oregón cuando la firmó. Los residentes de Oregón sólo pueden usar un formulario de este estado.

**¿CONTINUAN EN VIGENCIA LOS FORMULARIOS ANTIGUOS DE OREGON?** Sí, si firmó un Poder Legal para Cuidados Médicos o una Directiva para Doctores antes del 4 de noviembre de 1993, todavía puede utilizar esos documentos. A pesar de que esos formularios son similares a la Directiva Anticipada, existen algunas diferencias:

- Una Directiva para Doctores es una declaración legal de que NO quiere soporte de vida artificial que sólo postponga su muerte, si padece de una enfermedad incurable.

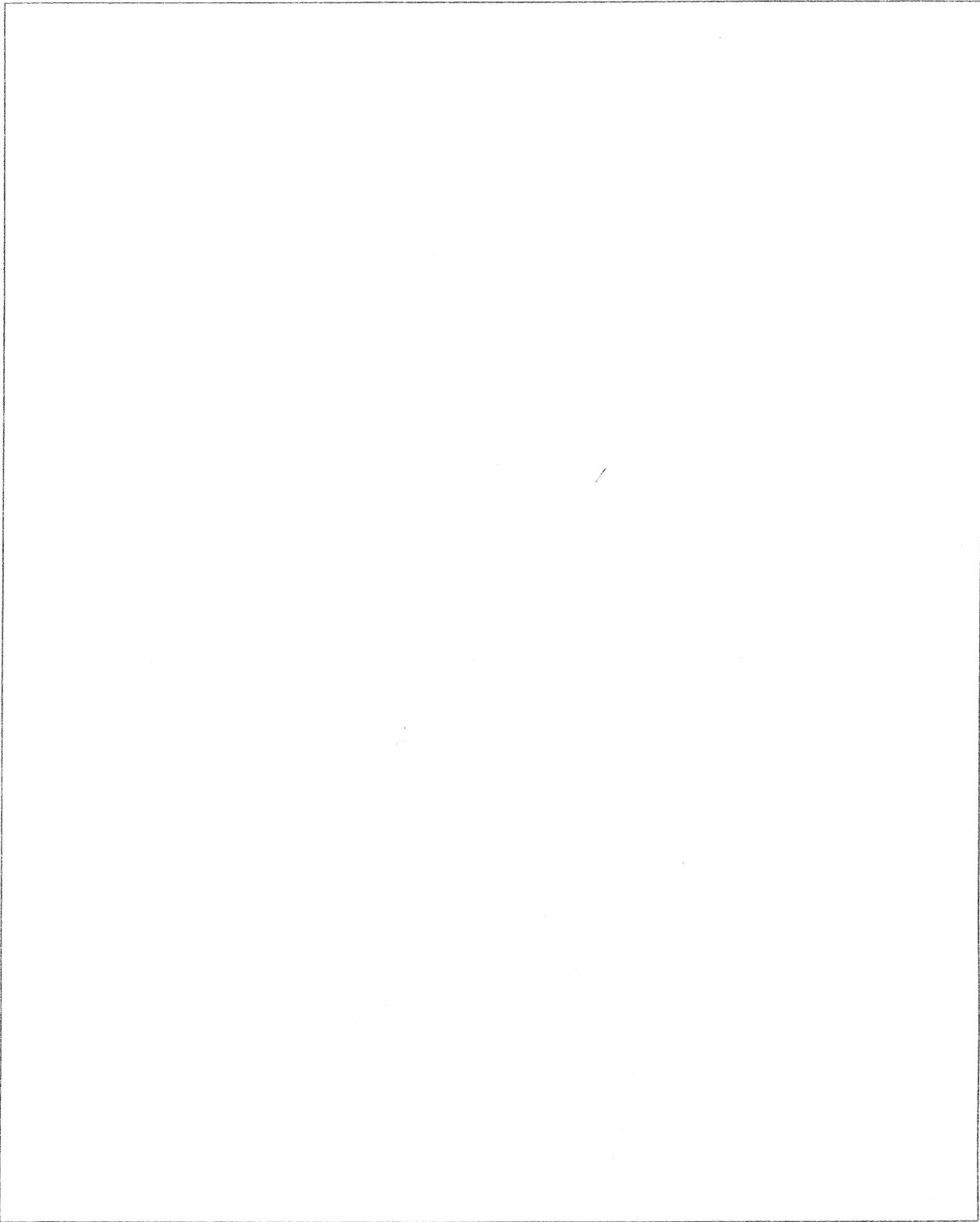
- Un Poder Legal para Cuidados Médicos permite que su representante rehuse el soporte de vida si usted firmó la línea que se refiere a "los procedimientos de soporte de vida". Permite que su representante rehuse que le den comida y agua por sonda si usted firmó la línea que referente a la "nutrición e hidratación artificial". De otra forma, el formulario permite que su representante rechaze el alimento por sonda sólo si usted está en una de las cuatro condiciones médicas críticas que especifica la ley.

- A menos que firme una Directiva Anticipada, la Directiva para Doctores seguirá en vigencia hasta que usted la cancele. El Poder Legal para Cuidados Médicos se vence en siete años a menos que usted esté incapacitado en la fecha de vencimiento.

**¿COMO PUEDO AVERIGUAR MAS?** Llamando a Oregon Health Decisions, una empresa sin fines de lucro y exenta de impuestos, al (503-692-0894, o gratis al 1-800-422-4805), o consultando a un abogado.

**NOTA:** Esta información refleja la ley de Oregón en vigor el 4 de noviembre de 1993. Es un resumen general de los derechos de adultos competentes en Oregón. No contiene todos los detalles técnicos de la ley. Tampoco incorpora los derechos de los menores, los de las personas con incapacidad mental actual, ni tratamientos fuera de este estado.

© 1993, Oregon State Bar Health Law Section. Esta sección autoriza la reimpresión de esta información, siempre que se incluya completamente (incluyendo este párrafo) y sin ningún cambio de palabras



Este libreto lo preparó la organización Oregon Health Decisions en colaboración con el Centro para Etica en Cuidados de Salud de OHSU, la Asociación de Hospitales de Oregon, la Asociación de Oregon para Cuidados de Casa, la Asociación de Cuidados Médicos de Oregon, la Asociación de Oregon para Cuidados de Ancianos, y la Asociación de Hospicios de Oregon.