

ALASKA

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de la prestación de cuidados durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de formularios de instrucciones anticipadas para los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea las instrucciones completas.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos de su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones que se encuentra del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en el que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos para cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico para cada estado en el que podría pasar un tiempo prolongado. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas nuevas para viajes comunes a otros estados. Las instrucciones anticipadas de este paquete solo serán legalmente vinculantes si la persona que las llena es un adulto competente de 18 años o más, o un menor emancipado.

PASOS A SEGUIR

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de iniciar para que tenga una copia en limpio en caso de que necesite comenzar de nuevo.
2. Cuando comience a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con sus familiares, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que designe para que tome decisiones en su nombre entienda sus deseos.

4. Una vez que llene y firme los formularios, fotocópielos, escanéelos o tómeles una foto y entréguelos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a sus familiares, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios estén disponibles en caso de emergencia.
5. Si lo desea, también puede guardar una copia de los formularios en su expediente médico electrónico, o en una aplicación, programa o servicio de expedientes médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus familiares, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA

Este paquete consta de cinco partes, denominadas en conjunto **Instrucciones anticipadas de atención médica**, que protegen su derecho a rechazar tratamiento médico que no desea, o a solicitar tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo, además de permitirle hacer donaciones anatómicas y designar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

La Parte 1 es un **Poder notarial duradero para la atención médica**. Este formulario le permite nombrar a una persona, llamada agente, para que tome decisiones sobre su atención médica. Un Poder notarial duradero se utiliza normalmente si usted ya no puede hablar por sí mismo; no obstante, también puede utilizarse si desea que otra persona tome esas decisiones por usted ahora, aunque aún tenga la capacidad para tomarlas.

La Parte 2 contiene sus **Instrucciones para la atención médica**. Le permiten indicar sus deseos relativos a la atención médica, y pueden limitarse para que sean válidas solo en caso de que surja una afección específica (por ejemplo, si desarrolla una afección terminal y ya no puede tomar sus propias decisiones médicas). Tenga en cuenta que existe un protocolo estatal independiente que regula el uso de órdenes de "no resucitar" por parte de médicos y de otros proveedores de atención médica.

La Parte 3 es un formulario de **Donación anatómica en el momento del fallecimiento** que le permite expresar su intención de hacer una donación anatómica.

La Parte 4 es un formulario de **Tratamiento de salud mental** que le permite tomar decisiones con anticipación sobre ciertos tipos de tratamiento de salud mental.

La Parte 5 es un formulario de **Médico de cabecera** que le permite designar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas de atención médica para Alaska sea legal?

La ley exige que su documento de instrucciones anticipadas de atención médica se lleve a cabo por escrito, incluya la fecha de la firma, esté firmado por usted (el "mandante") y atestiguado

mediante uno de los siguientes métodos:

Opción 1: Firmado por al menos dos personas que el mandante conozca personalmente, cada una de las cuales haya sido testigo de la firma del instrumento o del reconocimiento de la firma del documento de instrucciones anticipadas por parte del mandante.

Al menos uno de los testigos debe ser una persona que (1) no tenga parentesco con usted por consanguinidad, afinidad ni adopción, y que (2) no tenga derecho a ninguna parte de su patrimonio tras su fallecimiento en virtud de un testamento en el momento de la firma. Los testigos no pueden ser: el agente, ni un proveedor de atención médica, ni un empleado de la institución o centro de atención médica en el que usted reciba atención.

U

Opción 2: Reconocido ante notario público en un lugar en el estado.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

La persona que nombre como su agente no puede ser propietario, operador ni empleado de una institución de atención médica en la que usted reciba atención.

Puede nombrar a una segunda persona como su agente suplente. El suplente intervendrá si la primera persona que nombra como agente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

A menos que se especifique lo contrario, sus instrucciones anticipadas de atención médica entran en vigor cuando su médico determina que usted no es capaz de comunicar sus decisiones sobre la atención médica. Usted tiene la opción de facultar a su agente para que tome decisiones sobre la atención médica por usted de forma inmediata, incluso si aún es capaz

de tomar decisiones por sí mismo.

Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente, o un tutor nombrado por una corte, puede retener o retirar procedimientos de mantenimiento de la vida en caso de una afección que cumpla los requisitos cuando:

- (1) exista un documento de instrucciones anticipadas de atención médica u otro escrito que exprese claramente su intención de que se retengan o retiren los procedimientos,

O

- (2) no exista un documento de instrucciones anticipadas de atención médica u otro escrito que exprese claramente la intención contraria del paciente; sin embargo, retener o retirar el (los) procedimiento(s) sería coherente con su mejor interés.

Su agente estará sujeto a las leyes vigentes de Alaska en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Salvo en caso de enfermedad mental, puede revocar el nombramiento de su agente solo mediante un escrito firmado o informando personalmente al proveedor de atención médica supervisor.

Salvo en caso de enfermedad mental, puede revocar total o parcialmente un documento de instrucciones anticipadas de atención médica (excepto el nombramiento de un nuevo agente), en cualquier momento y de cualquier forma que comunique su intención de revocar. Incluso si padece una enfermedad mental, puede revocar su documento de instrucciones anticipadas, a menos que una corte o dos médicos, uno de los cuales será psiquiatra o profesional clínico de la salud mental, determinen que usted no es competente.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas mantiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado acerca de un poder notarial duradero que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no serán válidas en caso de emergencia médica, excepto para identificar a su agente. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP), salvo que tenga una orden independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o el departamento para adultos mayores de su estado (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de los estados (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse al personal de emergencias cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 1 DE 16)

EXPLICACIÓN

DESCRIPCIÓN

Tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica en la medida en que lo permita la ley. También tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome decisiones sobre la atención médica por usted en la medida en que lo permita la ley. Este formulario le permite hacer una o ambas cosas. También le permite expresar sus deseos en relación con la designación de su proveedor de atención médica.

La **Parte 1** de este formulario es un **Poder notarial duradero para la atención médica**. Un "Poder notarial duradero para la atención médica" es el nombramiento de un agente para que tome decisiones sobre la atención médica por usted. La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como agente para que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre si usted no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones o si desea que otra persona tome esas decisiones por usted ahora, aunque aún tenga la capacidad para tomarlas. Puede nombrar a un agente suplente para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente a su alcance tomar decisiones por usted. A menos que tenga parentesco con usted, su agente no puede ser propietario, operador o empleado de una institución de atención médica en la que usted recibe atención.

A menos que el formulario que usted firme limite la potestad de su agente, el agente puede tomar en su nombre todas las decisiones sobre la atención médica que usted podría tomar por sí mismo de forma legal. Este formulario reserva un espacio para que usted limite la potestad de su agente. Usted no tiene que limitar la potestad de su agente si desea confiar en su agente para todas las decisiones sobre la atención médica que deban tomarse. Si decide no limitar la potestad de su agente, su agente tendrá derecho, en la medida en que lo permita la ley, a:

- (a) dar o negar el consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o influir de cualquier otro modo en una afección física o mental, incluida la administración o interrupción de medicamentos psicotrópicos;
- (b) seleccionar o despedir a proveedores e instituciones de atención médica;
- (c) aprobar o desaprobado pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y programas de medicamentos propuestos;
- (d) dar instrucciones para la administración, la suspensión o el retiro de la alimentación e hidratación artificiales y cualquier otra forma de atención médica, y
- (e) hacer una donación anatómica tras su fallecimiento.

FACULTADES DEL AGENTE

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 2 DE 16)

DESCRIPCIÓN (continuación)

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

La **Parte 2** de este formulario le permite dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica en la medida en que lo permita la ley. No puede autorizar el homicidio por compasión, el suicidio asistido ni la eutanasia. Se brindan opciones para que usted exprese sus deseos en relación con la administración, la suspensión o el retiro de tratamiento para mantenerle con vida, incluida la administración de la alimentación e hidratación artificiales, así como la administración de medicamentos para aliviar el dolor. Se reserva un espacio para que usted añada algún elemento a las opciones que eligió o para que redacte cualquier deseo adicional.

DONACIONES ANATÓMICAS

La **Parte 3** de este formulario le permite expresar su intención de hacer una donación anatómica tras su fallecimiento.

TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

La **Parte 4** de este formulario le permite tomar decisiones con anticipación sobre ciertos tipos de tratamiento de salud mental.

MÉDICO DE CABECERA

La **Parte 5** de este formulario le permite designar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

FIRMA

Después de llenar este formulario, fírmelo y féchelo al final, y debe ser atestiguado mediante uno de los dos métodos alternativos que se indican a continuación. Entregue una copia del formulario firmado y completado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución de atención médica en la que reciba atención, y al agente de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que haya nombrado como su agente y agente suplente para asegurarse de que entiendan sus deseos y estén dispuestas a asumir la responsabilidad.

REVOCACIÓN

Usted tiene derecho a revocar este documento de instrucciones anticipadas de atención médica o a reemplazar este formulario en cualquier momento, excepto que no podrá revocar esta declaración cuando una corte, dos médicos, de los cuales al menos uno deberá ser psiquiatra, o un médico y un profesional clínico de la salud mental determinen que usted no es competente. En este documento de instrucciones anticipadas de atención médica, "competente" significa que usted tiene la capacidad de:

- (1) asimilar los hechos relevantes y apreciar y entender su situación con respecto a esos hechos, y
- (2) participar en las decisiones sobre el tratamiento mediante un proceso de pensamiento racional.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 3 DE 16)

PARTE 1: PODER NOTARIAL DURADERO PARA LAS DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRAMIENTO DEL AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones sobre la atención médica por mí:

(nombre de la persona que elige como agente)

(domicilio) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular) (teléfono de trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la potestad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance tomar decisiones sobre la atención médica por mí, designo como mi agente suplente a:

(nombre de la persona que elige como agente suplente)

(domicilio) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular) (teléfono de trabajo)

POTESTAD DEL AGENTE: Mi agente tiene la potestad y las indicaciones de seguir mis instrucciones específicas y mis demás deseos en la medida en que el agente los conozca al tomar todas las decisiones sobre la atención médica por mí. Si estos no se conocen, mi agente tiene la potestad para tomar dichas decisiones de acuerdo con mi mejor interés, incluidas las decisiones para administrar, suspender o retirar la hidratación y la alimentación artificiales y otras formas de atención médica para mantenerme con vida, salvo lo que yo indique aquí:

ESCRIBA EL NOMBRE DE SU AGENTE

ESCRIBA EL DOMICILIO Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU AGENTE

ESCRIBA EL NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU AGENTE SUPLENTE, SI DESEA DESIGNAR UNO

AÑADA INSTRUCCIONES PERSONALES (SI LAS HUBIERA) AÑADA HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 4 DE 16)

PARTE 1: PODER NOTARIAL DURADERO PARA LAS DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

En virtud de esta potestad, "mejor interés" significa que los beneficios que le brinda un tratamiento superan las cargas que le brinda ese tratamiento después de evaluar:

1. El efecto del tratamiento en sus funciones físicas, emocionales y cognitivas;
2. El grado de dolor físico o malestar que le causa el tratamiento o la suspensión o retiro del mismo;
3. El grado en que su afección médica, el tratamiento, o la suspensión o retiro del mismo, provocan un deterioro grave y continuo;
4. El efecto del tratamiento en su esperanza de vida;
5. Su pronóstico de recuperación, con y sin el tratamiento;
6. Los riesgos, efectos secundarios y beneficios del tratamiento o de la suspensión del mismo, y
7. Sus creencias religiosas y valores esenciales, en la medida en que puedan ayudar a determinar los beneficios y las cargas.

MOMENTO EN QUE ENTRA EN VIGOR LA POTESTAD DE MI AGENTE:

Excepto en el

caso de enfermedad mental, la potestad de mi agente entra en vigor cuando mi médico de cabecera determina que no soy capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica, a menos que marque la siguiente casilla. La potestad de mi agente deja de ser válida cuando se determina que recuperé mi capacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica. En caso de enfermedad mental, a menos que marque la siguiente casilla, la potestad de mi agente entra en vigor cuando una corte determina que no soy capaz de tomar mis propias decisiones o, en caso de emergencia, si mi médico de cabecera u otro proveedor de atención médica determina que no soy capaz de tomar mis propias decisiones.

Si marco esta casilla [], la potestad de mi agente para tomar decisiones sobre la atención médica por mi entra en vigor de forma inmediata.

OBLIGACIONES DEL AGENTE: Mi agente tomará las decisiones sobre la atención médica por mí de acuerdo con este Poder notarial duradero para la atención médica, cualquier instrucción que yo dé en la Parte 2 de este formulario, y mis demás deseos en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que no se conozcan

MARQUE ESTA CASILLA SOLO SI DESEA QUE LA POTESTAD DE SU AGENTE ENTRE EN VIGOR DE FORMA INMEDIATA

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 5 DE 16)

PARTE 1: PODER NOTARIAL DURADERO PARA LAS DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

mis deseos, mi agente tomará las decisiones sobre la atención médica por mí de acuerdo con lo que mi agente determine que es en mi mejor interés. Para determinar lo que es en mi mejor interés, mi agente tendrá en cuenta mis valores personales en la medida en que los conozca.

NOMBRAMIENTO DE TUTOR: En caso de que una corte deba designar a un tutor de mi persona, nombro al agente señalado en este formulario. Si dicho agente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance actuar como tutor, nombro al agente suplente que designé anteriormente.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 6 DE 16)

PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (OPCIONAL)

Si está de acuerdo en permitir que su agente determine lo que es mejor para usted al momento de tomar decisiones sobre la atención médica, no es necesario que complete esta parte del formulario. Si completa esta parte del formulario, puede tachar cualquier texto que no desee. Existe un protocolo estatal que regula el uso de órdenes de no resucitar por parte de médicos y otros proveedores de atención médica. Puede obtener una copia del protocolo en el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Alaska. Una "orden de no resucitar" significa la instrucción de un médico titulado de que no se le debe practicar reanimación cardiopulmonar de emergencia.

DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA. Excepto en la medida en que lo prohíba la ley, doy instrucciones para que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi atención administren, suspendan o retiren tratamiento de acuerdo con la elección que marco a continuación:

[] Elección de prolongar la vida: Deseo que mi vida se prolongue el mayor tiempo posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas,

O

[] Elección de no prolongar la vida: Solo deseo cuidados para la comodidad y no deseo que mi vida se prolongue con tratamiento médico si, a juicio de mi médico, padezco:

[] un estado de **inconsciencia permanente**: un estado que, con un alto grado de certeza médica, durará permanentemente sin mejoría; en el que, con un alto grado de certeza médica, el pensamiento, la sensación, la acción intencionada, la interacción social y la conciencia de mí mismo y del entorno están ausentes y, para el que, con un alto grado de certeza médica, el inicio o continuación de procedimientos de mantenimiento de la vida, a la luz de mi resultado médico, solo proporcionará un beneficio médico mínimo para mí, o bien

[] una **afección terminal**: una enfermedad o lesión incurable o irreversible que, sin la administración de procedimientos de mantenimiento de la vida, provocará mi fallecimiento en un periodo breve, para la que no hay perspectivas razonables de curación o recuperación, que me impone un dolor intenso o me impone de otro modo una carga inhumana y, para la que, a la luz de mi afección médica, el inicio o continuación de procedimientos de mantenimiento de la vida solo proporcionará un beneficio médico mínimo.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA DE ESTAS
CASILLAS

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
TODAS LAS
CASILLAS QUE
CORRESPONDAN A
SUS DESEOS

AÑADA
CUALQUIER
INSTRUCCIÓN
ADICIONAL QUE
TENGA

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 7 DE 16)

PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

Alimentación e hidratación artificiales.

Si no soy capaz de ingerir alimentos o líquidos de forma segura:

Deseo recibir alimentación e hidratación artificiales de forma indefinida,

Deseo recibir alimentación e hidratación artificiales de forma indefinida, a menos que aumente claramente mi sufrimiento y deje de ser en mi mejor interés,

Deseo recibir alimentación e hidratación artificiales en periodo de prueba limitado para comprobar si puedo mejorar,

No deseo recibir alimentación ni hidratación artificiales.

Otras instrucciones:

Alivio del dolor

Doy instrucciones para que se administre en todo momento el tratamiento adecuado con el único fin de aliviar el dolor o las molestias,

Doy estas instrucciones:

Si quedo inconsciente y estoy embarazada, doy instrucciones para que:

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

AÑADA CUALQUIER INSTRUCCIÓN QUE TENGA

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA Y AÑADA CUALQUIER INSTRUCCIÓN QUE TENGA

AÑADA SUS INSTRUCCIONES

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 8 DE 16)

PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

Deseos opcionales: Si no está de acuerdo con las opciones anteriores y desea redactar su propia opción, o si desea añadir instrucciones a las anteriores, puede hacerlo aquí.

Doy instrucciones para que:

Condiciones o limitaciones:

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, CONDICIONES O LIMITACIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A SUS PLANES DE ATENCIÓN ANTICIPADA

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN REFERIRSE ADEMÁS A SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, POR EJEMPLO, SUS DESEOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DE CUIDADOS DE HOSPICIO, AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTRAS CUESTIONES DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS FUNERARIOS

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 9 DE 16)

PARTE 3: DONACIÓN ANATÓMICA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO (OPCIONAL)

Si está de acuerdo en permitir que su agente decida si hacer una donación anatómica en el momento de su fallecimiento, no es necesario que complete esta parte del formulario.

Tras mi fallecimiento:

] Dono los órganos, tejidos u otras partes del cuerpo que sean necesarios,

O

] Dono únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes del cuerpo:

O

] Me niego a hacer una donación anatómica.

Mi donación anterior es para los siguientes fines:

-] trasplante
-] terapia
-] investigación
-] educación

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

REDACTE SUS
INSTRUCCIONES

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
TODAS LAS
OPCIONES
QUE
CORRESPONDAN

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 10 DE 16)

PARTE 4: TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL (OPCIONAL)

Esta parte de la declaración le permite tomar decisiones con anticipación sobre tratamiento de salud mental. Las instrucciones que agregue en esta declaración solo se seguirán si una corte, dos médicos que incluyan un psiquiatra, o un médico y un profesional clínico de salud mental consideran que usted no es competente y no puede tomar decisiones sobre tratamientos. En caso contrario, se considerará que usted es competente y que tiene la capacidad para dar o negar su consentimiento para los tratamientos.

Si está de acuerdo en permitir que su agente determine lo que es mejor para usted al momento de tomar estas decisiones sobre la salud mental, no es necesario que complete esta parte del formulario. Si completa esta parte del formulario, puede tachar cualquier texto que no desee.

Medicamentos psicotrópicos. Si no tengo la capacidad para dar o negar un consentimiento informado para recibir tratamiento de salud mental, mis deseos con respecto a los medicamentos psicotrópicos son los siguientes:

[] Doy mi consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos:

[] No doy mi consentimiento para la administración de los siguientes medicamentos: _____

Condiciones o limitaciones:

Tratamiento electroconvulsivo. Si no tengo la capacidad para dar o negar un consentimiento informado para recibir tratamiento de salud mental, mis deseos con respecto al tratamiento electroconvulsivo son los siguientes:

[] Doy mi consentimiento para la administración de tratamiento electroconvulsivo:

[] No doy mi consentimiento para la administración de tratamiento electroconvulsivo: _____

Condiciones o limitaciones:

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

AÑADA ALGUNA
CONDICIÓN O
LIMITACIÓN

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

AÑADA ALGUNA
CONDICIÓN O
LIMITACIÓN

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 11 DE 16)

PARTE 4: TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL (OPCIONAL)

Ingreso y permanencia en un centro. Si no tengo la capacidad para dar o negar un consentimiento informado para recibir tratamiento de salud mental, mis deseos con respecto al ingreso y permanencia en un centro de salud mental para recibir tratamiento de salud mental son los siguientes:

[] Doy mi consentimiento para que se me ingrese en un centro de salud mental para recibir tratamiento de salud mental durante un máximo de __ días. (El número de días no excederá de 17).

[] No doy mi consentimiento para que se me ingrese en un centro de salud mental para recibir tratamiento de salud mental.

Otros deseos o instrucciones:

Condiciones o limitaciones:

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN

AÑADA
CUALQUIER
DESEO O
INSTRUCCIÓN
ADICIONAL CON
RESPECTO A SU
TRATAMIENTO DE
SALUD MENTAL

AÑADA
CUALQUIER
CONDICIÓN O
LIMITACIÓN
ADICIONAL CON
RESPECTO A SU
TRATAMIENTO DE
SALUD MENTAL

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA
ALASKA (PÁGINA 12 DE 16)**

PARTE 5: MÉDICO DE CABECERA (OPCIONAL)

Designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

(nombre del médico)

(domicilio) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular)

(teléfono de trabajo)

OPCIONAL: Si el médico que designé anteriormente no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente a su alcance actuar como mi médico de cabecera, designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

(nombre del médico)

(domicilio) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular)

(teléfono de trabajo)

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
MÉDICO

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
MÉDICO
SUPLENTE

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 13 DE 16)

PUEDE FIRMAR ESTAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE UNA DE ESTAS DOS FORMAS

SI OPTA POR FIRMAR CON TESTIGOS, UTILICE LA ALTERNATIVA 1, A CONTINUACIÓN

SI OPTA POR FIRMAR ANTE NOTARIO, UTILICE LA ALTERNATIVA 2, A CONTINUACIÓN

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
Revisado en 2023.

FIRMA

Este documento de instrucciones anticipadas de atención médica no será válido para tomar decisiones sobre la atención médica a menos que ESTÉ:

(A) Firmado por dos testigos adultos calificados que usted conozca personalmente y que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma; los testigos no pueden ser un proveedor de atención médica empleado en la institución o el centro de atención médica donde usted recibe atención, un empleado del proveedor de atención médica que le presta atención médica, un empleado de la institución o el centro de atención médica donde usted recibe atención, ni la persona nombrada como su agente en este documento; al menos uno de los dos testigos no puede tener parentesco con usted por consanguinidad, afinidad ni adopción, ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio tras su fallecimiento en virtud de su testamento o codicilo. (Utilice la Alternativa 1, a continuación, si decide que su firma se lleve a cabo en presencia de testigos).

O

(B) Reconocido ante un notario público del estado. (Utilice la Alternativa 2, a continuación, si decide que su firma lleve a cabo ante notario).

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA
ALASKA (PÁGINA 14 DE 16)**

ALTERNATIVA N.º 1 (FIRMAR CON TESTIGOS)

EN FE DE LO CUAL, firmo con mi nombre el presente documento este día

_____ de _____ de _____.
(Día) (Mes) (Año)

(Firma del mandante)

Testigo que no tiene parentesco ni es legatario del mandante

Juro bajo pena de perjurio de conformidad con la sección 11.56.200 de los Estatutos de Alaska (Alaska Statutes, AS) que conozco personalmente al mandante, que el mandante firmó o reconoció este poder notarial duradero para la atención médica en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida, y que no:

- (1) soy un proveedor de atención médica empleado en la institución o el centro de atención médica donde el mandante recibe atención;
- (2) soy un empleado del proveedor de atención médica que presta atención médica al mandante;
- (3) soy un empleado de la institución o del centro de atención médica donde el mandante recibe atención;
- (4) soy la persona nombrada como agente en este documento;
- (5) tengo parentesco con el mandante por consanguinidad, afinidad ni adopción, ni
- (6) tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante tras su fallecimiento en virtud de un testamento o codicilo.

(fecha)

(firma del testigo)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

(domicilio) (ciudad) (estado) (código postal)

FIRME Y FECHÉ
SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS

TESTIGO 1 DE 2:
FECHÉ, FIRME Y
ESCRIBA SU NOMBRE
Y DOMICILIO EN
LETRA DE IMPRENTA

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ALASKA (PÁGINA 15 DE 16)

ALTERNATIVA N.º 1 (FIRMAR CON TESTIGOS) (continuación)

Testigo que puede tener parentesco o ser legatario del mandante

Juro bajo pena de perjurio de conformidad con la sección 11.56.200 de los Estatutos de Alaska (AS) que conozco personalmente al mandante, que el mandante firmó o reconoció este poder notarial duradero para la atención médica en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida, y que no:

- (1) soy un proveedor de atención médica empleado en la institución o el centro de atención médica donde el mandante recibe atención;
- (2) soy un empleado del proveedor de atención médica que presta atención médica al mandante;
- (3) soy un empleado de la institución o del centro de atención médica donde el mandante recibe atención, ni
- (4) soy la persona nombrada como agente en este documento.

(fecha)

(firma del testigo)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

(domicilio)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

TESTIGO 2 DE 2:
FECHA, FIRME Y
ESCRIBA SU NOMBRE
Y DOMICILIO EN
LETRA DE IMPRENTA

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA
ALASKA (PÁGINA 16 DE 16)**

ALTERNATIVA N.º 2 (FIRMAR ANTE NOTARIO)

EN FE DE LO CUAL, firmo con mi nombre el presente documento este día
_____ de _____ de _____.
(Día) (Mes) (Año)

(Firma del mandante)

Estado de Alaska

_____ distrito judicial

Este día ____ de _____ de _____,
(Día) (Mes) (Año)

ante mí, _____,
(Nombre del notario público)

compareció _____,
(Mandante)

quien me consta personalmente (o que se me demostró mediante pruebas satisfactorias) que es la persona cuyo nombre se suscribe en este instrumento, y que reconoció haberlo firmado.

Sello notarial

(Firma del notario público)

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

FIRME Y FECHES
SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS

UN NOTARIO
PUBLICO DEBE
CERTIFICAR SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS

© 2005 National
Hospice and
Palliative Care
Organization.
Revisado en 2023.