

# LOUISIANA

## Instrucciones anticipadas

### Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://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.
6. Luisiana mantiene un Registro de Declaraciones de Testamento en Vida. Al presentar sus instrucciones anticipadas ante el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán encontrar una copia de sus instrucciones en caso de que usted no pueda proporcionarlas. Puede obtener más información sobre el registro, incluidas instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en <http://www.sos.la.gov/OurOffice/EndOfLifeRegistries/Pages/default.aspx>.

## **INTRODUCCIÓN A LA DECLARACIÓN PARA LUISIANA**

Este paquete contiene un documento legal que protege 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.

La **Declaración para Luisiana** es el testamento en vida de su estado. Le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que padezca una enfermedad terminal e irreversible y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

Además, esta Declaración le permite nombrar a una persona, denominada agente, para que tome decisiones sobre la atención médica por usted en caso de que padezca una enfermedad terminal e irreversible y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

Este formulario también incluye una sección opcional que le permite tomar decisiones sobre la donación de órganos.

### **¿Qué debo hacer para que mi Declaración para Luisiana sea legal?**

La ley exige que usted firme su Declaración en presencia de dos testigos adultos competentes, que también deben firmar el documento para demostrar que le conocen personalmente y que creen que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. Estos testigos **no pueden** ser:

- un pariente suyo por consanguinidad o afinidad, o
- una persona que tiene derecho a una parte de su patrimonio.

*Nota: No es necesario que certifique ante notario su Declaración para Luisiana.*

## **¿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. 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 por usted.

## **¿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?**

La Declaración para Luisiana entra en vigor cuando su médico determina que padece una enfermedad terminal e irreversible y ya no puede tomar sus propias decisiones médicas.

## **Limitaciones del agente**

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

## **¿Qué ocurre si cambio de opinión?**

Usted puede revocar su Declaración para Luisiana en cualquier momento, independientemente de su estado mental, al:

- cancelar, anular, borrar, quemar, romper o destruir de cualquier otro modo el documento, o dar instrucciones a otra persona para que lo haga en su presencia;
- firmar y fechar una revocación por escrito, o
- expresar verbalmente su intención de revocar su Declaración.

Su revocación entrará en vigor en cuanto se lo notifique a su médico.

## **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 una 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.

## DECLARACIÓN PARA Luisiana: PÁGINA 1 DE 5

INSTRUCCIONES

ESCRIBA LA FECHA

Declaración hecha este día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(día) (mes, año)

EN LETRA DE

Yo \_\_\_\_\_  
(nombre)

IMPRESA ESCRIBA

SU NOMBRE EN

estando en pleno uso de mis facultades mentales, doy a conocer intencional y voluntariamente mi deseo de que no se prolongue artificialmente mi fallecimiento en las circunstancias expuestas a continuación, y por la presente declaro que:

LETRA DE IMPRESA

Si en cualquier momento sufro una lesión, enfermedad o dolencia incurable, o me encuentro en un estado de coma profundo y continuo sin posibilidad razonable de recuperación, certificados como afección terminal e irreversible por dos médicos que me hayan examinado personalmente, uno de los cuales será mi médico tratante, y los médicos determinaron que mi fallecimiento se producirá, se utilicen o no procedimientos de mantenimiento de la vida y, donde la aplicación de procedimientos de mantenimiento de la vida solo servirían para prolongar artificialmente el proceso de fallecimiento, doy instrucciones para que:

Escriba sus iniciales solo en una opción

\_\_\_\_\_ Se suspendan o retiren todos los procedimientos de mantenimiento de la vida, incluidas la alimentación y la hidratación, para que los alimentos y el agua no se administren de forma invasiva.

\_\_\_\_\_ Se suspendan o retiren los procedimientos de mantenimiento de la vida, excepto la alimentación y la hidratación, para que los alimentos y el agua puedan administrarse de forma invasiva.

Además, doy instrucciones para que se me permita fallecer de forma natural solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme cuidados para la comodidad.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de dichos procedimientos de mantenimiento de la vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y médico(s) como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de este rechazo.

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA OPCIÓN

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

## DECLARACIÓN PARA Luisiana: PÁGINA 2 DE 5

Cláusula de nombramiento

Yo,

\_\_\_\_\_ /  
(nombre)

autorizo a que

\_\_\_\_\_ /  
(nombre del agente)

con domicilio en

\_\_\_\_\_ /  
(domicilio del agente)

actúe como mi agente, para tomar todas las decisiones sobre el tratamiento médico por mí, incluidas las decisiones para suspender o retirar cualquier forma de procedimiento de mantenimiento de la vida en mi nombre en caso de que (1) se me diagnostique una afección terminal e irreversible y (2) esté en coma, no sea competente o esté mental o físicamente incapacitado para comunicarme. Hable de mis deseos relativos a la atención terminal con mi agente arriba mencionado, y confío en su criterio actuando en mi nombre. Entiendo que, si no incluí ningún nombre en esta cláusula o si el agente que elegí no está dispuesto o no está a su alcance actuar en mi nombre, mi declaración, no obstante, surtirá efecto en caso de que se presente la circunstancia antes mencionada.

En caso de que el agente que nombré no sea capaz, no esté dispuesto o no esté a su alcance actuar como mi agente, autorizo a que

\_\_\_\_\_ /  
(nombre del agente)

con domicilio en

\_\_\_\_\_ /  
(domicilio del agente)

actúe como mi agente suplente.

ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA

ESCRIBA EL  
NOMBRE Y  
DOMICILIO DE SU  
AGENTE EN  
LETRA DE  
IMPRESA

ESCRIBA EL  
NOMBRE Y  
DOMICILIO DE SU  
AGENTE EN  
LETRA DE  
IMPRESA





**DECLARACIÓN PARA LUISIANA: PÁGINA 5 DE 5**

---

Firma

Entiendo la plena importancia y significado de la presente declaración y soy emocional y mentalmente competente para realizar esta declaración.

Firma

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Ciudad, distrito y estado de residencia

---

---

Conozco personalmente al declarante y creo que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. No tengo ningún parentesco por consanguinidad ni afinidad con el declarante. No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante.

Firma del testigo 1:

---

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo 2:

---

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Cortesía de CaringInfo*

*www.caringinfo.org*

FIRME Y FECHÉ  
EL DOCUMENTO  
Y  
ESCRIBA SU LUGAR  
DE RESIDENCIA EN  
LETRA DE  
IMPRESA

PROCEDIMIENTOS DE  
TESTIGOS

LOS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
FECHAR AQUÍ