

OKLAHOMA

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de 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 para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.

4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.
5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OKLAHOMA

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Oklahoma**, que protege su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo.

La **Parte I** de las instrucciones anticipadas es el **Testamento en vida**. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica y tenga una enfermedad terminal, esté permanentemente inconsciente o tenga una afección en etapa final.

La **Parte II** es el **Poder notarial para la atención médica**. Este apartado le permite nombrar a alguien (un agente) para que tome decisiones sobre su atención médica.

La **Parte III** aborda las **Donaciones anatómicas**. Este apartado le permite indicar si desea donar alguno o todos sus órganos y tejidos después de su muerte.

La **Parte IV** contiene disposiciones generales con respecto a sus instrucciones anticipadas para la atención médica.

La **Parte V** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Puede completar la Parte I, la Parte II, la Parte III o cualquiera de estas partes, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte V.**

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Oklahoma?

La ley establece que firme sus instrucciones anticipadas para la atención médica de Oklahoma en presencia de dos testigos que tengan por lo menos dieciocho años de edad. Sus testigos no pueden estar relacionados con usted ni ser ninguna persona que pueda heredar de su patrimonio.

Nota: No es necesario que sus instrucciones anticipadas para la atención médica de Oklahoma

sean notariadas.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

A menos que tenga una relación consanguínea, de matrimonio o adopción, su agente no puede ser el propietario, operador o empleado de una institución de atención médica a largo plazo en la que usted reciba atención.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder 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 otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

La Parte I, **Testamento en vida**, entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar sus propias decisiones, que tiene una enfermedad terminal, está permanentemente inconsciente o tiene una afección en etapa final.

A menos que se indique lo contrario en la Parte II de sus instrucciones anticipadas, su **poder notarial para la atención médica** entra en vigor cuando su médico de cabecera determina que usted carece de la capacidad de comprender la naturaleza y las consecuencias de sus decisiones de atención médica o la capacidad de tomar y comunicar sus decisiones de atención médica. Si desea que su agente tome decisiones de atención médica por usted ahora, aunque todavía sea capaz de tomar decisiones de atención médica, puede incluir esta instrucción en su poder notarial para la designación de la atención médica.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Sus instrucciones anticipadas para la atención médica de Oklahoma no se cumplirán si usted está embarazada, a menos que haya autorizado específicamente que el tratamiento de soporte vital, o la hidratación o nutrición administrada de forma artificial se retenga o retire durante el embarazo; y su agente estará obligado por las leyes en vigentes de Oklahoma en lo que

respecta al embarazo y la interrupción de los embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede revocar sus instrucciones anticipadas para la atención médica de Oklahoma en cualquier momento y de cualquier manera, independientemente de su afección mental o física. Su revocación entra en vigor una vez que usted, o un testigo de su revocación, la informa a su médico o a cualquier proveedor de atención médica.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar 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 tiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

¿Qué otros hechos importantes debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otros formularios de órdenes con respecto a 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 cada estado (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OKLAHOMA
PÁGINA 1 DE 8

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

Si yo, _____ (nombre), soy incapaz de tomar una decisión informada con respecto a mi atención médica, instruyo a mis proveedores de atención médica que sigan mis instrucciones a continuación.

PARTE I

Parte I. Testamento en vida

Si mi médico tratante y otro médico determinan que ya no puedo tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, instruyo a mi médico tratante y a otros proveedores de atención médica, de conformidad con la Ley de Instrucciones Anticipadas de Oklahoma, que sigan mis instrucciones como se establecen a continuación:

1. Si tengo una afección terminal, es decir, una afección incurable e irreversible que incluso con la administración de un tratamiento de soporte vital, en opinión del médico tratante y otro médico, resultará en la muerte en un plazo de seis (6) meses:

_____ Deseo que mi vida no se prolongue con un tratamiento de soporte vital, pero, en caso de que no pueda tomar alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

_____ Deseo que mi vida no se prolongue mediante ningún tratamiento de soporte vital, incluidas la nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

_____ Deseo que se me administre un tratamiento de soporte vital y, en caso de que no pueda tomar alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

2. Si estoy permanentemente inconsciente, es decir, tengo una afección irreversible, según lo determinado por el médico tratante y otro médico, en la que carezca de pensamientos y conciencia de mí mismo y el entorno:

_____ Deseo que mi vida no se prolongue con un tratamiento de soporte vital, pero, en caso de que no pueda tomar alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

_____ Deseo que mi vida no se prolongue mediante ningún tratamiento de soporte vital, incluidas la nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

_____ Deseo que se me administre un tratamiento de soporte vital y, en caso de que no pueda tomar alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OKLAHOMA
PÁGINA 2 DE 8

3. Si tengo una afección en etapa final, es decir, una afección causada por una lesión, enfermedad o dolencia que resulta en un deterioro grave y permanente indicado por la incompetencia y la dependencia física totales para las cuales el tratamiento de la afección irreversible sería médicamente ineficaz:

_____ Deseo que mi vida no se prolongue con un tratamiento de soporte vital, pero, en caso de que no pueda tomar alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

_____ Deseo que mi vida no se prolongue mediante ningún tratamiento de soporte vital, incluidas la nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

_____ Deseo que se me administre un tratamiento de soporte vital y, en caso de que no pueda tomar alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OKLAHOMA
PÁGINA 4 DE 8

PARTE II

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE Y AGENTE
SUPLENTE.

Parte II. PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si mi médico tratante y otro médico determinan que ya no puedo tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, instruyo a mi médico tratante y a otros proveedores de atención médica, de conformidad con la Ley de Instrucciones Anticipadas de Oklahoma, que sigan mis instrucciones:

Nombre del agente: _____
, Dirección: _____

Número de teléfono: _____

a quien nombro como mi agente. Si mi agente no puede, no quiere o no está razonablemente disponible para actuar, nombro a

Nombre del agente suplente: _____
Dirección: _____

Número de teléfono: _____

como mi agente suplente, con la misma potestad. Mi agente está autorizado para tomar cualquier decisión de tratamiento médico que yo tomaría si pudiera. Sin embargo, mi agente o agente suplente debe tomar decisiones consistentes con cualquier elección que yo haya tomado en este documento con respecto al tratamiento de soporte vital, y la nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

Si no nombro a un agente en esta sección, me niego deliberadamente a nombrar a un agente.

Al tomar decisiones de atención médica por mí, mi agente debe pensar en qué acción sería consistente con conversaciones anteriores que hemos tenido, mis preferencias de tratamiento, según se expresan en este documento, mis creencias y valores religiosos y de otro tipo, y cómo he manejado temas médicos y otras situaciones importantes en el pasado. Si lo que yo pudiera decidir todavía no está claro, entonces, mi agente deberá tomar decisiones por mí que considere que son en mi mejor interés, tomando en cuenta los beneficios, cargas y riesgos de mis circunstancias actuales y opciones de tratamiento.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OKLAHOMA
PÁGINA 6 DE 8

Parte III. Donaciones anatómicas (donación de órganos)

Escriba sus iniciales en la línea junto a las elecciones a continuación que mejor reflejen sus deseos. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las elecciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las elecciones, su abogado de atención médica, tutor, agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley de Oklahoma.

De conformidad con las disposiciones de la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas de Oklahoma, ordeno que al momento de mi muerte todo mi cuerpo o los órganos o partes del cuerpo designados se donen para fines de:

_____ Trasplante

_____ Terapia

_____ Avances en la ciencia médica, investigación o educación

_____ Avances en la ciencia dental, investigación o educación

La muerte significa el cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, o el cese irreversible de todas las funciones del cerebro, incluido el tronco encefálico. Dono específicamente:

_____ Todo mi cuerpo

_____ Solo los siguientes órganos o partes:

PARTE III

OPCIONAL

ESCRIBA SUS INICIALES EN TODOS LOS USOS CON LOS QUE ESTÉ DE ACUERDO PARA LA DONACIÓN.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OKLAHOMA
PÁGINA 7 DE 8

PARTE IV

Parte IV. Disposiciones generales

- a. Entiendo que debo tener dieciocho (18) años de edad o más para ejecutar este formulario.
- b. Entiendo que mi testigo debe tener dieciocho (18) años o más y que no debe estar relacionado conmigo ni heredar de mí.
- c. Entiendo que si se ha diagnosticado que estoy embarazada y mi médico tratante conoce ese diagnóstico, se me proporcionará un tratamiento de soporte vital, así como nutrición e hidratación administradas de forma artificial, a menos que, en mis propias palabras, haya autorizado específicamente que durante el transcurso de un embarazo, se retenga o retire el tratamiento de soporte vital, o la hidratación o nutrición administradas de forma artificial.
- d. Si no pudiera dar indicaciones con respecto al uso de dichos procedimientos de soporte vital, es mi intención que estas instrucciones anticipadas sean honradas por mi familia y médicos, como la expresión final de mi derecho legal a decidir o rechazar tratamiento médico o quirúrgico, incluidos, entre otros, la administración de cualquier procedimiento de soporte vital, y aceptar las consecuencias de tal elección o rechazo.
- e. Estas instrucciones anticipadas estarán vigentes hasta que se revoquen.
- f. Entiendo que puedo revocar estas instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- g. Entiendo y acepto que si tengo instrucciones anticipadas previas, y firmo estas instrucciones anticipadas, las anteriores serán revocadas.
- h. Entiendo en su totalidad la importancia de estas instrucciones anticipadas y estoy emocional y mentalmente competente para hacerlas.
- i. Entiendo que mis médicos tomarán todas las decisiones con base en su mejor juicio, aplicando con el cuidado y la diligencia ordinarios el conocimiento y la habilidad que poseen y utilizan los miembros de la profesión médica de buena reputación que participan en el mismo campo profesional en ese momento, medidos según los estándares nacionales.

DISPOSICIONES
GENERALES

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE OKLAHOMA
PÁGINA 8 DE 8

Parte V. Cumplimiento

Firmado este _____ día de _____ de 20_____.

(firma)

(nombre en letra de imprenta)

(ciudad, condado y estado de residencia)

Fecha de nacimiento

Testigos: Estas instrucciones anticipadas se firmaron en mi presencia.

Testigo n.º 1

(firma del testigo) (fecha)

(nombre en letra de imprenta)

(dirección)

(ciudad, estado y código postal)

Testigo n.º 2

(firma del testigo) (fecha)

(nombre en letra de imprenta)

(dirección)

(ciudad, estado y código postal)

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

PARTE V

FIRME Y FECHÉ SU DOCUMENTO, Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU CIUDAD, CONDADO, ESTADO DE RESIDENCIA Y FECHA DE NACIMIENTO.

DOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y FECHAR AQUÍ, Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SUS DIRECCIONES.

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