

Orden Anticipada para Médicos, Familiares o Representantes Sustitutos



Instrucciones para Completar Este Documento:

Este es un importante documento legal conocido como Orden Anticipada ("Advance Directive", en inglés). Está diseñado para ayudarle a comunicar sus deseos sobre tratamiento médico en el futuro de quedar usted incapacitado para expresar sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos se basan usualmente en los valores personales. En particular, es posible que usted quiera considerar qué cargas o penalidades de tratamiento estaría usted dispuesto a aceptar para lograr un determinado grado de beneficios si usted estuviese gravemente enfermo.

Le sugerimos a hablar acerca de sus valores personales y sus deseos con su familia o con el representante que haya seleccionado, así como con su médico. Su médico u otro proveedor de atención médica o una institución médica pueden proporcionarle varios recursos para ayudarle a completar su orden anticipada. A continuación se indican breves definiciones que pueden ayudarle en sus discusiones y en la planificación de sus órdenes anticipadas. Marque con sus iniciales las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Déles una copia de esta orden anticipada a su médico, su hospital habitual y a su familia o a su representante. Considere revisar periódicamente este documento. Mediante una revisión periódica, usted puede asegurarse mejor de que la orden anticipada continúe reflejando sus preferencias.

Además de esta Orden Anticipada, las leyes del estado de Texas estipulan otros dos tipos de órdenes que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Estas órdenes son un Poder de representación legal en casos médicos y la "Orden de no resucitar fuera del hospital". Quizá usted desee discutir estas órdenes con su médico, su familia, el representante de su hospital u otros asesores. Además, quizá usted desee completar una orden anticipada relacionada con la donación de los órganos y tejidos de su cuerpo.

Orden Anticipada



Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en
(escriba su nombre)

una alianza de confianza y comunicación con mi médico. En efecto, mi médico y yo tomaremos juntos decisiones sobre atención médica mientras yo esté en mí sano juicio y esté en capacidad de dar a conocer mis deseos. Si llega el momento en que yo esté incapacitado para tomar decisiones médicas por mí mismo debido a una lesión o enfermedad, yo doy órdenes anticipadas de que se cumplan las siguientes preferencias de tratamiento:

Si, a juicio de mi médico, yo sufro una **enfermedad terminal** de la cual se espera que yo muera dentro de seis meses, incluso con el tratamiento para mantenerme con vida que pueda proporcionármese en conformidad con las normas vigentes de atención médica:

_____ Solicito que se suspendan o se retiren todos los tratamientos aparte de los destinados a mantener mi comodidad y que se me permita morir de la forma más benigna posible o

_____ Solicito que se me mantenga con vida en esta condición terminal usando el tratamiento disponible para mantenerme con vida. (ESTA SELECCIÓN NO TIENE VALIDEZ PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN CENTROS PARA PACIENTES TERMINALES.)

Si, a juicio de mi médico, yo sufro de una enfermedad irreversible que me impida cuidar de mí mismo o tomar decisiones por mí mismo y se espera que yo muera sin el tratamiento de mantenimiento de la vida proporcionado en conformidad con las normas vigentes de atención médica:

_____ Solicito que se suspendan o se retiren todos los tratamientos aparte de los destinados a mantener mi comodidad y que se me permita morir de la forma más benigna posible o

_____ Solicito que se me mantenga con vida en esta **enfermedad irreversible** usando el tratamiento disponible para mantenerme con vida. (ESTA SELECCIÓN NO TIENE VALIDEZ PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN CENTROS PARA PACIENTES TERMINALES,)

Peticiones adicionales: (Después de intercambiar ideas con su médico, quizá usted considere conveniente enumerar en particular en el siguiente espacio los tratamientos que usted quiere recibir o no desea recibir en circunstancias específicas, como la nutrición artificial y la administración de fluidos, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de indicar que usted quiere o no quiere ese tratamiento particular.)

Órdenes Anticipadas (continuación)



Después de firmar el documento con estas órdenes, si mi representante o yo escogemos la atención médica en un centro para enfermos terminales, yo acepto y estoy de acuerdo en que sólo se me proporcionarían los tratamientos necesarios para mantener mi comodidad y que no se me darán los tratamientos disponibles para el mantenimiento de la vida.

Si no he otorgado un poder de representación legal para casos médicos y no puedo expresar mis deseos, yo designo a la siguiente persona(s) para que tome decisiones respecto a mi tratamiento con mi médico que sean compatibles con mis valores personales:

1. Nombre _____ Domicilio _____
Teléfono _____

2. Nombre _____ Domicilio _____
Teléfono _____

(Si usted ha otorgado un Poder de representación legal para casos médicos, entonces ya se ha designado a un representante y usted no debe anotar nombres adicionales en este documento.)

Si las personas indicadas arriba no están disponibles o si yo no he designado a un representante, comprendo que se elegirá a un representante para mí siguiendo las normas estipuladas en las leyes de Texas. Sí, a juicio de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso con el empleo de todos los tratamientos médicos disponibles que se puedan suministrar dentro de las normas vigentes de atención médica, yo acepto que se me retiren todos los tratamientos, salvo los necesarios para mantener mi comodidad. Comprendo que bajo las leyes de Texas, esta orden anticipada no tiene validez si yo he recibido un diagnóstico de embarazo. Esta orden anticipada permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

Firmado hoy _____ de _____ de _____
(fecha) (mes) (año)

(escriba su nombre)

Dos testigos adultos competentes deben firmar abajo reconociendo la firma del declarante. El testigo designado como Testigo No. 1 no puede ser una persona designada para tomar una decisión de tratamiento para el paciente y no puede estar emparentado con el paciente por consanguinidad ni matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a recibir parte alguna de la herencia del paciente. Este testigo no puede ser el médico que atiende al paciente ni un empleado del médico que atiende al paciente. Si este testigo es un empleado de un centro de atención médica en el cual el paciente esté siendo atendido, este testigo no puede participar en el suministro de atención médica directa al paciente. Este testigo no puede ser un director, asociado ni empleado de oficina comercial de un centro de atención médica en el cual el paciente esté siendo atendido ni tampoco de una organización matriz o afiliada a ese centro de atención médica.



"Nutrición e hidratación artificiales": significa el suministro de sustancias o líquidos nutritivos mediante un tubo insertado en una vena debajo de la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tracto gastrointestinal).

"Enfermedad irreversible" significa una enfermedad, lesión o afección:

- (1) que puede ser tratada, pero nunca puede curarse o eliminarse;
- (2) que deja a una persona incapacitada para cuidarse a sí misma o tomar decisiones para su propio bien y
- (3) que es fatal sin un tratamiento para el mantenimiento de la vida proporcionado en conformidad con las normas vigentes de atención médica.

Explicación: muchas enfermedades graves como, por ejemplo, el cáncer, la insuficiencia de los órganos principales (riñones, corazón, hígado o pulmones) y enfermedades graves del cerebro como la demencia o el mal de Alzheimer pueden ser consideradas irreversibles desde un principio. No hay cura, pero es posible mantener al paciente con vida durante períodos prolongados de tiempo si el paciente recibe tratamientos para el mantenimiento de la vida. A finales del transcurso de la misma enfermedad, esa afección puede ser considerada terminal cuando, incluso a pesar del tratamiento, se espera la muerte del paciente. Quizá usted desee considerar qué cargas de tratamiento estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por alcanzar un resultado particular. Esta es una decisión muy personal que quizá usted desee discutir con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

"El tratamiento de mantenimiento de la vida" significa el tratamiento que, tomando en cuenta el juicio médico razonable, mantiene la vida de un paciente y sin el cual el paciente moriría. Este término incluye tanto los medicamentos que mantienen la vida como los aparatos para el mantenimiento artificial de la vida como, por ejemplo, máquinas mecánicas para la respiración artificial, tratamientos de diálisis para los riñones y la hidratación y nutrición artificiales. Este término no incluye la administración de medicamentos analgésicos, la realización de procedimientos médicos necesarios para proporcionar comodidad al paciente ni cualquier otra forma de atención médica suministrada para aliviar el dolor del paciente.

"Enfermedad terminal" significa una enfermedad incurable causada por lesiones, enfermedades o afecciones que según el juicio médico razonable provocarán la muerte en un plazo de seis meses o antes, incluso si se aplica el tratamiento disponible para el mantenimiento de la vida en conformidad con las normas vigentes de atención médica.

Explicación: muchas enfermedades graves pueden ser consideradas como irreversibles desde sus inicios, pero no pueden ser consideradas como terminales hasta que la enfermedad haya avanzado en gran medida. Al pensar acerca de enfermedades terminales y su tratamiento, quizá usted, como en los aspectos anteriores, desee considerar los beneficios relativos y las consecuencias de tratamiento y discutir sus deseos con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.