



Directiva de la atención de la salud de Minnesota

Minnesota Health Care Directive – Spanish



HDIR

Revise las instrucciones de la Directiva de la atención de la salud de Minnesota antes de completar este documento.

Comprendo que, para que esto sea un documento legal, debo completar lo siguiente: (1) la Sección A: Mi nombre y otra información; (2) la Sección B: Mi representante de la atención de la salud y/o la Sección E: Mis instrucciones de la atención de la salud; y (3) la Sección G: Cómo hacer que el documento sea legal.

Sección A: Mi nombre y otra información

Mi nombre completo _____ Mi fecha de nacimiento _____

Mi dirección _____

Mis números de teléfono (casa) _____ (celular) _____

Mis iniciales aquí indican que un intérprete de idiomas profesional me ayudó a completar este documento.

Sección B: Mi representante de la atención de la salud

Mi representante de la atención de la salud principal es:

Nombre completo _____ Relación _____

Números de teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

Ciudad, estado _____

Si mi representante principal no está dispuesto a tomar decisiones sobre mi atención de la salud, si no puede hacerlo o si no está razonablemente disponible para ello, elijo un representante de la atención de la salud sustituto.

Mi representante de la atención de la salud sustituto es:

Nombre completo _____ Relación _____

Números de teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

Ciudad, estado _____

Mi segundo representante de la atención de la salud sustituto es:

Nombre completo _____ Relación _____

Números de teléfono (casa) _____ (celular) _____ (trabajo) _____

Ciudad, estado _____

Mis iniciales aquí indican que adjunto páginas adicionales a esta directiva de la atención de la salud en las que se identifica a mi representante de la atención de la salud principal y/o a mis representantes sustitutos adicionales. Incluí instrucciones sobre cómo los representantes resolverán las diferencias con respecto a las decisiones de atención, y si deben tomar todas las decisiones de atención en conjunto o pueden actuar de manera independiente.

Sección C: Poderes de mis representantes de la atención de la salud

Si no puedo hablar por mi cuenta, mi representante de la atención de la salud puede: (1) aceptar, rechazar o interrumpir mi atención, mis tratamientos, servicios o procedimientos; (2) revisar y divulgar mis registros de atención de la salud; (3) elegir a mis proveedores de atención de la salud; y (4) elegir el lugar donde vivo. Comprendo que mi representante de la atención de la salud no puede solicitar atención que esté fuera de la práctica médica estándar.

Poderes adicionales de mi representantes de la atención de la salud. Mis iniciales a continuación autorizan a mi representante de la atención de la salud a hacer lo siguiente:

- Continuar como mi representante de la atención de la salud, incluso si nuestro matrimonio o unión de hecho finaliza o ha finalizado legalmente.
- Tomar decisiones de atención de la salud, en el momento que yo lo determine, aunque pueda hablar por mí mismo.
- Tomar decisiones sobre tratamientos de salud mental, incluido el uso de medicamentos neurolépticos/antipsicóticos.
- Si estoy embarazada, determinar si se debe intentar continuar mi embarazo hasta el parto.

Límites a los poderes de mis representantes de la atención de la salud _____

Sección D: Mis esperanzas y deseos

¿Cómo define una buena calidad de vida hoy? ¿Qué es vivir bien?

¿Cuál sería una calidad de vida inaceptable (por ejemplo, si no pudiera hacer ciertas cosas)?

Mi opinión sobre recibir o no tratamientos médicos específicos, si los hubiera:

Lo que pienso y siento con respecto a la atención que desearía recibir al final de la vida:

Mis iniciales aquí indican que se adjuntan páginas adicionales.

Sección E: Mis instrucciones, opciones y preferencias de la atención de la salud

Le pido a mi representante de la atención de la salud que comunique mis opciones a mi equipo de atención de la salud. He colocado mis iniciales en uno de los siguientes cuadros, seleccionando la opción que prefiero para cada situación.

1. Resucitación cardiopulmonar (CPR)

Consulte el documento de instrucciones de la Directiva de la atención de la salud para obtener información más detallada sobre la resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR). En función de mi salud actual:

- Quiero que se intente realizar CPR si mi corazón se detiene o dejo de respirar.
- Quiero que se intente realizar CPR si mi corazón se detiene o dejo de respirar, en función de mi estado de salud actual. Si mi salud cambia en el futuro y no tengo una posibilidad razonable de recuperación, entonces mi representante (si fue designado) analizará el intento de CPR con mi equipo de atención de la salud, en base a conversaciones anteriores o a las declaraciones que he escrito en la Sección D: Mis esperanzas y deseos.
- No quiero que se intente realizar CPR si mi corazón se detiene o dejo de respirar. Comprendo que, si elijo esta opción, debo visitar a mi médico clínico para completar un formulario de Órdenes del proveedor para el tratamiento de soporte vital (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST).

Sección E: Mis instrucciones, opciones y preferencias de la atención de la salud (continuación)

2. Tratamientos que pueden prolongar mi vida (coloque sus iniciales en uno de los cuadros)

Comprendo que, con cualquiera de las siguientes opciones, continuaré recibiendo todos los medicamentos paliativos y analgésicos, y se me ofrecerán alimentos y líquidos por vía oral si puedo tragar. Si llega el momento en que ya no puedo hablar por mí mismo y mi representante y mi equipo de atención de la salud creen que no recuperaré mi capacidad para razonar, comunicarme o saber quién soy, quiero lo siguiente:

Recibir todos los tratamientos médicamente razonables disponibles y aceptados por mi equipo de atención de la salud. Esto incluye, entre otros, la alimentación por sonda, los líquidos i.v. (intravenosos), el respirador (ventilación mecánica) y los antibióticos. Deseo que los tratamientos continúen hasta que sean perjudiciales o dejen de ser útiles.

o

Interrumpir o no iniciar tratamientos que puedan prolongar mi vida. Esto incluye, entre otros, la alimentación por sonda, los líquidos i.v. (intravenosos), el respirador (ventilación mecánica) y los antibióticos.

Comentarios o instrucciones sobre tratamientos que pueden prolongar mi vida

Use este espacio para escribir cualquier instrucción o mensaje adicional con respecto a los tratamientos que puedan prolongar su vida (por ejemplo, probar un tratamiento específico durante un tiempo limitado):

Sección F: Otras consideraciones (utilice páginas adicionales si es necesario)

Afiliación espiritual

Me identifico con la tradición espiritual/religiosa _____. Soy miembro de la comunidad espiritual/religiosa, _____ ubicada en (ciudad) _____.

No me identifico con una tradición espiritual/religiosa en este momento o no deseo informarla aquí.

Donación de órganos (coloque sus iniciales en uno de los cuadros)

Después de mi muerte, deseo donar mis ojos, tejidos y/u órganos, si puedo. Mi representante de la atención de la salud, de acuerdo con la Ley de Minnesota, puede comenzar y continuar con las intervenciones necesarias para conservar mis órganos, tejidos y ojos hasta que se haya completado la donación. Mis deseos específicos (si los hubiera) son los siguientes:

o

No deseo donar mis ojos, tejidos ni órganos.

Decisiones sobre mi cuerpo postmortem

Mis iniciales aquí indican que mi representante de la atención de la salud tiene la facultad de tomar decisiones sobre mi cuerpo cuando muera (autopsia, entierro, cremación, funeral).

Mis preferencias con respecto al funeral, la música, los rituales y la funeraria incluyen lo siguiente:

Comentarios o instrucciones para mi equipo de atención de la salud

Mis iniciales aquí indican que se adjuntan páginas adicionales.

Sección G: Cómo hacer que el documento sea legal

NOTA: En virtud de la ley de Minnesota, 2 testigos o un notario público deben verificar su firma y la fecha. Sus testigos o el notario público no pueden ser nombrados como su representante de la atención de la salud principal ni sustituto.

Mi firma

He completado este documento voluntariamente y pienso con claridad. Este documento manifiesta mis deseos con respecto a mis decisiones futuras de la atención de la salud.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si no puedo firmar físicamente con mi nombre, le pido a la siguiente persona que firme en mi nombre:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma (de la persona a la que se le pide que firme): _____ **Fecha:** _____

Declaración de los testigos

Este documento fue firmado o verificado en mi presencia. Certifico que tengo, al menos, 18 años y no soy designado como representante de la atención de la salud principal ni sustituto en este documento.

Si soy un proveedor de atención de la salud o un empleado de un proveedor de atención de la salud que brinda atención directa a la persona mencionada anteriormente, debo escribir mis iniciales en esta línea: _____ . Solo un testigo puede ser un proveedor o un empleado del proveedor que le brinda atención directa en la fecha en que se firma este documento.

Testigo 1

Firma _____

Fecha _____

Nombre completo en letra de imprenta _____

Teléfono (opcional) _____

Testigo 2

Firma _____

Fecha _____

Nombre completo en letra de imprenta _____

Teléfono (opcional) _____

o

Notario Público

En mi presencia, el (*fecha*) _____ , (*nombre*) _____ reconoció su firma en este documento o que autorizó a la persona que firma este documento a firmar en su nombre. En este documento, no se me menciona como representante de la atención de la salud.

Firma del notario:

Sello del notario:

Nombramiento válido hasta (fecha): _____