

### Información básica para los pacientes y las familias

Esta hoja informativa le ayudará a determinar cómo quiere que lo traten si estuviera muy enfermo y no pudiera tomar decisiones. La hoja informativa consiste en tres partes y le ayudará a:

**1. PENSAR SOBRE SUS PROPIAS DECISIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.** Esta hoja informativa le ayudará a decidir el tipo de tratamiento médico que desea recibir si se está muriendo o su salud no puede mejorar y no puede tomar sus propias decisiones.

Sus respuestas en esta hoja informativa ayudarán a evitar que sus médicos y su familia tengan que adivinar en cuanto a cuáles son sus deseos si está demasiado enfermo para comunicarlos.

Si llena esta parte del documento, el mismo puede hacer las veces de su testamento vital o nuestro personal puede usar sus respuestas en esta parte del documento para ayudarle a llenar el formulario formal titulado Instrucciones para médicos, la familia o personas suplementes (testamento vital) de Texas si lo desea. Este servicio es gratuito y aunque no necesita un abogado, puede consultar con uno de ellos si lo desea.

**2. ELEGIR A LA PERSONA QUE HABLARÁ POR USTED Y SERÁ SU REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.** Un representante para la atención médica es una persona que tomará decisiones médicas por usted si acaso está demasiado enfermo para hacerlo por sí mismo.

Si llena esta parte del documento y elige un representante para la atención médica, esa persona tendrá la autoridad para tomar decisiones por

usted solamente si tiene una enfermedad terminal o irreversible y no se puede comunicar. Si desea nombrar a alguien para que tome decisiones por usted cuando no pueda comunicarse pero no tiene una enfermedad terminal o irreversible, necesitará llenar el formulario titulado Poder legal de Texas para la atención médica. Nuestro personal puede ayudarle a llenar el formulario de Poder legal de Texas para la atención médica si lo desea. Este servicio es gratuito y aunque no necesita un abogado, puede consultar con uno de ellos si lo desea.

**3. PENSAR SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y/O UNA AUTOPSIA.** Todas las personas mayores de 18 años pueden donar al momento de morir cualquier órgano o todos los órganos mayores vitales, como el corazón, los riñones, el páncreas, los pulmones o el hígado, para ayudar a salvar la vida de los demás. Usted puede indicar su deseo de dar el “regalo de la vida” en este formulario.

Una autopsia es un procedimiento médico que se realiza después de que muere una persona y que podría beneficiar a su familia o a otros pacientes con problemas semejantes. Si desea obtener más información sobre las autopsias, pídala a un miembro de nuestro personal una copia de la hoja informativa titulada Preguntas comunes y respuestas sobre las autopsias.

**¿Qué debo hacer con este documento o con los formularios de ‘Instrucciones para médicos, la familia o personas suplementes de Texas (testamento vital)’ y ‘Poder legal de Texas para la atención médica’ cuando haya llenado uno de ellos o ambos?**

Muestre los documentos a las personas que cuiden

de usted: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, capellanes, familiares, amistades.

### ¿Qué sucede si cambio de parecer?

- Debe llenar este documento otra vez si lo usa como su testamento vital, o debe llenar formularios nuevos de 'Instrucciones para médicos, la familia o personas suplementes de Texas (testamento vital)' y 'Poder legal de Texas para la atención médica'.
- Dígales a quienes le cuidan si ha hecho cambios y muéstrelas los documentos y formularios nuevos.

### ¿Qué debo hacer si tengo preguntas sobre este documento o sobre los formularios 'Instrucciones para médicos, la familia o personas suplementes de Texas (testamento vital)' y 'Poder legal de Texas para la atención médica'?

- Pídale a sus médicos, enfermeros, trabajadores sociales o capellanes del hospital que respondan a sus preguntas.
- Si lo desea, también puede consultar con un abogado si tiene preguntas legales.

### ¿Qué debo hacer si deseo tomar decisiones sobre la atención médica que no están en este documento ni en los formularios 'Instrucciones para médicos, la familia o personas suplementes de Texas (testamento vital)' y 'Poder legal de Texas para la atención médica'?

- Puede escribir a mano esas decisiones sobre la atención médica en la Parte 1 de este documento o en los formularios.
- Muestre los documentos a las personas que cuiden de usted.
- También puede hablar con un abogado sobre cambiar formalmente estos documentos o los

formularios para agregar sus decisiones antes de firmar este documento o los formularios.

### PARTE 1: Piense sobre lo que es más importante para usted si estuviera gravemente enfermo.

*Haga esto para que quienes cuiden de usted no tengan que adivinar lo que deben hacer.*

- Piense en qué es lo que hace que la vida tenga sentido para usted. Escriba una X al lado de todas las oraciones con las que más esté de acuerdo.

#### LA VIDA SÓLO TIENE SENTIDO PARA MÍ SI PUEDO:

- hablar con mi familia y mis amistades
- despertar de un estado de coma
- comer, bañarme o cuidarme por mi cuenta
- vivir sin dolor
- vivir sin estar conectado a máquinas
- No estoy seguro

#### LA VIDA SIEMPRE TIENE SENTIDO PARA MÍ INDEPENDIEMENTE DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR O LA ENFERMEDAD QUE PUEDA TENER.

#### SI ME ESTOY MURIENDO, ES IMPORTANTE PARA MÍ ESTAR:

- en mi hogar
- en el hospital
- no estoy seguro

#### MI RELIGIÓN, FE O ESPIRITUALIDAD ES IMPORTANTE PARA MÍ.

- sí
- no

#### QUIERO QUE MIS MÉDICOS Y ENFERMEROS SEPAN LO SIGUIENTE SOBRE MI RELIGIÓN, FE O ESPIRITUALIDAD:

---

---

Si está enfermo, sus médicos y enfermeros tratarán siempre de mantenerlo cómodo y sin dolor.

**PIENSE ACERCA DE LOS TRATAMIENTOS QUE ACEPTARÁ SI ESTUVIERA TAN ENFERMO QUE LOS MÉDICOS NO TUVIERAN ESPERANZAS DE QUE SOBREVIVA.**

A veces, la única manera de mantenernos con vida es con tratamientos destinados a apoyar la vida, como respiradores, sondas para la alimentación en el estómago o en una vena, diálisis, transfusiones de sangre, cirugías difíciles o medicamentos fuertes.

- Lea todas las opciones a continuación, entonces regrese a las oraciones y escriba una X al lado de las oraciones con las que más esté de acuerdo.

**SI ESTOY TAN ENFERMO Y PODRÍA MORIR PRONTO:**

Probar todos los tratamientos destinados a apoyar la vida que mis médicos crean que pueden ayudar. Si los tratamientos no dan resultado y hay muy pocas esperanzas de una recuperación, **NO QUIERO** mantenerme conectado a máquinas que me mantendrían con vida.

Probar todos los tratamientos destinados a apoyar la vida que mis médicos crean que pueden ayudar. Si los tratamientos **NO DAN RESULTADO** y hay muy pocas esperanzas de una recuperación, **TODAVÍA QUIERO MANTENERME** conectado a máquinas que me mantendrían con vida.

Probar todos los tratamientos destinados a apoyar la vida que mis médicos crean que pueden ayudar, **PERO NO** estos tratamientos.

**Marque lo que NO quiere.**

- sonda estomacal para la alimentación
- diálisis (máquina para la insuficiencia renal [los riñones])
- transfusión de sangre
- respirador
- máquina para el corazón
- medicamentos administrados por suero para mantener el funcionamiento del corazón
- otros tratamientos

**NO QUIERO NINGÚN TIPO** de tratamiento destinado a apoyar la vida.

Quiero que mi **REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA O LA PERSONA NOMBRADA EN EL PODER LEGAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA** tome la decisión por mí.

No estoy seguro.

Quiero que alguien en el hospital me ayude a llenar el formulario oficial de Texas de 'Instrucciones para médicos, la familia o personas suplementes (testamento vital)'.

No quiero que nadie en el hospital me ayude a llenar el formulario oficial de Texas de 'Instrucciones para médicos, la familia o personas suplementes (testamento vital)'.

**OTRAS DECISIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA QUE DESEO TOMAR:**

---

---

**PARTE 2: Elija a su representante para la atención médica**

Esta es la persona que tomará las decisiones de atención médica por usted si está demasiado enfermo para tomarlas por sí mismo y su médico ha determinado que usted tiene una enfermedad terminal o irreversible.

**¿A QUIÉN DEBO ELEGIR COMO MI REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA?** Un familiar o amigo que:

- Tenga por lo menos 18 años
- Lo conozca bien a usted
- Pueda estar presente cuando lo necesite
- Usted confía en que hará lo mejor para usted
- Puede informarles a los médicos las decisiones que estableció en este formulario

Su representante no puede ser su médico ni nadie que trabaje en su hospital, clínica, instalación residencial para la atención médica o instalación que ofrece ayuda con el diario vivir, a menos que sea un familiar.

### ¿CUÁNDO PUEDE MI REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA TOMAR DECISIONES POR MÍ?

Su representante para la atención médica puede tomar decisiones por usted solamente cuando usted ya no pueda hacerlo y su médico haya determinado que tiene una enfermedad terminal o irreversible.

**¿QUÉ SUCEDE SI NO ELIJO UN REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA?** Si está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones, la ley de Texas proporcionará una lista de familiares que pueden tomar las decisiones por usted. Si no elige a un representante y no hay familiares que tomen las decisiones por usted, su médico y un segundo médico miembro del comité de ética del hospital pueden tomar las decisiones por usted.

### ¿QUÉ TIPOS DE DECISIONES PUEDE TOMAR MI REPRESENTANTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA?

- Cuáles médicos o instalaciones médicas le darán tratamiento o las instalaciones a las que se le trasladará
- Ayudar a elegir el objetivo principal del tratamiento, como por ejemplo:
  - Tratar de mantenerlo con vida cueste lo que cueste, o
  - Permitir que muera suave y serenamente
- Ayuda para elegir los tratamientos que pueden ofrecer sus médicos, como por ejemplo:
  - Respiradores que bombean aire dentro y fuera de los pulmones
  - Máquinas de diálisis que limpian la sangre cuando los riñones dejan de funcionar
  - Máquinas para el corazón que apoyan o reemplazan el corazón cuando ya no funcione
  - Sondas en el estómago para la alimentación artificial
  - Transfusiones de sangre
  - Cirugías
- Ayudar a decidir si va a morir en el hogar, en un hogar de reposo, en un hospicio o en un hospital

## Su representante para la atención médica

*Quiero que esta persona tome las decisiones médicas por mí si no puedo expresar mis deseos y tengo una enfermedad terminal o irreversible.*

|                          |          |                        |                         |
|--------------------------|----------|------------------------|-------------------------|
| NOMBRE                   | APELLIDO | TELÉFONO DEL DOMICILIO | TELÉFONO DEL TRABAJO    |
| DIRECCIÓN (NÚM. Y CALLE) |          | CIUDAD                 | ESTADO CÓDIGO<br>POSTAL |

*Si la primera persona no puede hacerlo, entonces quiero que esta persona tome las decisiones médicas por mí si no puedo expresar mis deseos y tengo una enfermedad terminal o irreversible.*

|                          |          |                        |                         |
|--------------------------|----------|------------------------|-------------------------|
| NOMBRE                   | APELLIDO | TELÉFONO DEL DOMICILIO | TELÉFONO DEL TRABAJO    |
| DIRECCIÓN (NÚM. Y CALLE) |          | CIUDAD                 | ESTADO CÓDIGO<br>POSTAL |

*Si desea nombrar a alguien en específico para que tome decisiones por usted cuando no pueda hacerlo debido a una enfermedad, pero no tiene una enfermedad terminal o irreversible, necesitará llenar el formulario titulado Poder legal de Texas para la atención médica.*

- Escriba una X al lado de todas las oraciones con las que esté de acuerdo.

Deseo que alguien en el hospital me ayude a llenar un formulario oficial de Poder legal para la atención médica de Texas.

No deseo que nadie en el hospital me ayude a llenar un formulario oficial de Poder legal para la atención médica de Texas. Entiendo que si no nombro a una persona para que tome las decisiones médicas por mí y posteriormente no puedo tomar dichas decisiones, la ley de Texas proporcionará una lista de familiares que pueden ser las personas que tomen estas decisiones.

### Parte 3: Considere el regalo de la vida.

*Sus médicos podrían preguntarle a su familia sobre donar sus órganos y sobre una autopsia cuando usted muera. LE PEDIMOS QUE NOS DIGA CUÁLES SON SUS DESEOS.*

#### DONAR (DAR) SUS ÓRGANOS PUEDE SALVAR VIDAS.

- Escriba una X al lado de todas las oraciones con las que más esté de acuerdo.

**QUIERO** donar mis órganos para salvar la vida de otra persona.

¿Cuáles órganos desea donar?

todos los órganos

solamente \_\_\_\_\_

**NO QUIERO** donar mis órganos.

Deseo que la persona nombrada para tomar esta decisión en virtud de las leyes de Texas lo decida cuando muera.

No estoy seguro.

*Después que una persona muere se puede realizar una autopsia para determinar por qué murió. Esto se hace mediante una cirugía y puede tomar varios días aunque normalmente no interfiere en los planes de entierro.*

**QUIERO** que se me practique una autopsia si mi médico cree que puede ayudar a otras personas.

**QUIERO** una autopsia solamente si hay alguna duda sobre mi muerte.

**NO QUIERO** una autopsia.

Deseo que la persona nombrada para tomar esta decisión en virtud de las leyes de Texas lo decida cuando muera.

No estoy seguro.

Mediante mi firma a continuación, asigno a este documento como mi testamento vital. Si he nombrado a alguna(s) persona(s) en este documento para que sea(n) mi(s) representante(s) para la atención médica y esa(s) persona(s) no está(n) disponible(s), o si no he designado a dicha(s) persona(s), entiendo que las leyes de Texas estipulan que se nombrará a una persona para tomar las decisiones. Si, según el criterio de mi médico, mi muerte es inminente y ocurrirá al cabo de unos minutos o unas horas, aun con el uso de todos los tratamientos disponibles para la atención médica proporcionados de conformidad con las normas prevalecientes de atención médica, reconozco que se retendrán o suspenderán todos los tratamientos excepto los que sean necesarios para mantener mi comodidad. Entiendo que en virtud de las leyes de Texas, estas instrucciones no tendrán vigencia si me han diagnosticado embarazada. Estas instrucciones se mantendrán en vigor hasta que las revoque. Ninguna otra persona podrá hacerlo.

---

FIRMA

FECHA

---

CIUDAD, CONDADO, ESTADO DE RESIDENCIA

Dos testigos adultos capacitados deberán firmar a continuación para certificar la firma del declarante. El testigo designado como 1.er testigo no puede ser la persona nombrada para tomar las decisiones de tratamiento del paciente y no puede estar relacionado con dicho paciente por consanguinidad o matrimonio. El testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la herencia ni puede tener una demanda contra el patrimonio del paciente. El testigo no puede ser el médico a cargo del paciente ni un empleado de dicho médico. Si este testigo fuera un empleado de la instalación de atención médica donde se cuida del paciente, dicho testigo no podrá participar directamente en la atención médica del paciente. Este testigo no puede ser un funcionario, director, socio ni empleado de la oficina comercial de la instalación médica que cuida del paciente ni de la organización matriz de dicha instalación.

---

1. TESTIGO

---

2. TESTIGO