

**DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE MARYLAND:**

**PLANIFICACIÓN DE DECISIONES RELACIONADAS  
A LA ATENCIÓN MÉDICA FUTURA.**



**Una guía de  
la legislación de  
Maryland acerca  
de las decisiones  
relacionadas con  
la atención médica.  
(Se incluyen formas)**

**ESTADO DE MARYLAND  
OFICINA DEL PROCURADOR GENERAL**

***Brian E. Frosh  
Procurador General***



***Junio 2016***

Estimado Habitante de Maryland:

Tengo el agrado de enviarle las formas para directivas anticipadas que puede usar para planificar las decisiones futuras relacionadas con su atención médica. Esta forma es opcional; usted puede usarlo si quiere o puede usar otras igualmente válidos para los efectos legales. Si tiene cualquier pregunta legal acerca de su situación personal, debería consultar un abogado. Si decide hacer una directiva anticipada, asegúrese de hablar con las personas más cercanas a usted acerca de su decisión. La conversación es tan importante como el documento. De copias a los miembros de su familia o amigos y a su médico. También asegúrese, si va a un hospital, de llevar una copia. Por favor, no devuelva las formas completados a esta oficina.

Una enfermedad que pone la vida en peligro es un tema difícil de abordar. Sin embargo, si planifica ahora, sus elecciones pueden ser respetadas y usted puede aliviar al menos algo de la carga de sus seres queridos en el futuro. También puede usar el otro formulario adjunto para donar sus órganos o hacer arreglos para después de su fallecimiento.

A continuación, describimos información importante relacionada a este tema:

- Si usted desea obtener información acerca de las Órdenes de No Reanimación (DNR, por sus siglas en inglés), consulte el sitio web <http://marylandmolst.org> o comuníquese con el Instituto de Sistemas de Servicios Médicos de Emergencia de Maryland directamente al **410-706-4367**. Una forma para Orden Medica para el Tratamiento para el Mantenimiento de Vida (MOLST), (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) contiene ordines médicas acerca de la resucitación cardiopulmonar (CPR) y otras órdenes médicas acerca de tratamientos de mantenimiento de vida. Un doctor o una enfermera practicante pueden emplear una forma MOLST para el personal médico de emergencia (Respuesta al 911) para proveer los cuidados confortables en lugar de procedimientos de resucitación. A forma MOLST puede encontrarse en internet en: <http://marylandmolst.org>. Desde esta página puede hacer clic en “MOLST Form.”
- El Departamento de Salud de Maryland pone a su disposición una directiva anticipada que se concentra en las preferencias relacionadas con el tratamiento de la salud mental. Este formulario se puede encontrar en Internet en: <http://bha.dhmh.maryland.gov/SitePages/Forms.aspx>. Desde esa página, bajo “Formularios,” haga clic en “Directiva anticipada para Tratamiento de Salud Mental.”

Espero que esta información le sea de utilidad. **Lamento que una demanda tan abrumadora nos limite y no podamos proporcionar un juego de formularios a cada solicitante.** Sin embargo, puede hacer tantas copias como desee. Se puede encontrar información adicional acerca de las directivas anticipadas en Internet en: <http://www.oag.state.md.us/healthpol/advancedirectives.htm>.

*Brian E. Frosh*  
*Procurador General*

## **PLANIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA CON DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

*Se incluye formulario opcional*

### ***Su derecho a decidir***

Los adultos pueden decidir por sí mismos si desean tratamiento médico. Este derecho a decidir (a decir sí o no al tratamiento propuesto) se aplica a tratamientos para extender la vida, como un respirador o un tubo de alimentación. De manera trágica, un accidente o enfermedad puede quitarle a una persona la capacidad de tomar decisiones acerca de su atención médica. Sin embargo, de todas formas deben tomarse estas decisiones. Si usted no puede hacerlo, alguien más lo hará. Estas decisiones deberían reflejar sus propios valores y prioridades.

Una ley de Maryland llamada la Ley de Decisiones de Atención Médica (Health Care Decisions Act) establece que usted puede realizar la planificación de la atención de su salud mediante “directivas anticipadas.” Una directiva anticipada se puede usar para nombrar un agente de atención médica. Esto es alguien en quien usted confía para tomar las decisiones relacionadas a su atención médica por usted. Una directiva anticipada también se puede usar para establecer cuáles son sus preferencias acerca de los tratamientos que podrían usarse para sostener su vida.

El Estado ofrece un formulario para realizar esta planificación, que se incluye con este folleto. El formulario completo se llama “Directiva anticipada de Maryland: Planificación de decisiones de atención médica para el futuro.” Se compone de tres partes: la Parte I, Selección del agente de atención médica; la Parte II, Preferencias de tratamiento (“Testamento vital”); y la Parte III, Firma y testigos. Este folleto explicará cada parte.

La directiva anticipada tiene el propósito de reflejar sus preferencias. Usted puede completarlo en su totalidad o sólo una parte, y puede cambiar el texto. La ley no requiere que usted use estos formularios. También se pueden usar formularios diferentes, redactados de la manera que usted quiera. Por ejemplo, un formulario muy popular, llamado los Cinco Deseos, está disponible (con un pequeño cargo) por parte de una organización sin fines de lucro, Aging With Dignity (Envejecer con dignidad). Usted puede obtener información acerca de ese documento en Internet en **[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)** o escribir a: Aging with Dignity, P.O. Box 1661, Tallahassee, FL 32302.

Este formulario opcional se puede completar sin necesidad de ir a un abogado. Pero, si existe algo que usted no entiende acerca de la ley o sus derechos, quizá debería conversar con un abogado. También puede solicitar a su médico que le explique las cuestiones médicas, incluyendo los beneficios o riesgos potenciales para usted de las diversas opciones. Usted debería decirle a su médico que ha realizado una directiva anticipada y darle una copia, igual que a otras personas que podrían participar en tomar estas decisiones por usted en el futuro.

En la Parte III del formulario se necesita la firma de dos testigos. Prácticamente cualquier adulto puede ser testigo. Sin embargo, si nombra un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo. Además, uno de los testigos debe ser una persona que no se beneficiaría en términos financieros con su muerte ni administraría su patrimonio. No es necesario certificar el formulario por un notario público.

Este folleto también contiene un formulario por separado llamado “Después de mi muerte.” Como sucede con las directivas anticipadas, su uso es opcional. Este formulario está compuesto por cuatro partes: Parte I, Donación de órganos; Parte II, Donación del cuerpo; Parte III, Disposición del cuerpo y arreglos funerarios; y la Parte IV, Firmas y testigos.

Una vez que usted ha realizado las directivas anticipadas, permanecen en vigencia a menos que usted las revoque. No tienen fecha de vencimiento y ni su familia ni nadie excepto usted las puede cambiar. Debería revisar periódicamente sus decisiones, pues las circunstancias podrían cambiar en su vida o sus actitudes podrían cambiar. Tiene la libertad de enmendar o revocar una directiva anticipada en cualquier momento, hasta cuando usted tenga todavía la capacidad para tomar decisiones. Dígales a su médico y a cualquiera que tenga una copia de sus directivas anticipadas si las enmienda o las revoca.

Si usted ya realizó una directiva anticipada en Maryland anterior, testamento vital o ha otorgado un poder de representación con duración extendida para su atención médica, ese documento es aún válido. También, si ha realizado una directiva anticipada en otro estado, es válido en Maryland. Usted debería revisar estos documentos para ver si prefiere realizar una nueva directiva anticipada en su lugar.

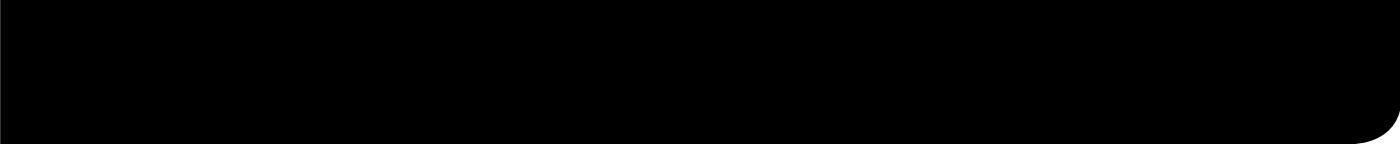
### **Parte I de la directiva anticipada: Selección del agente de atención médica**

Usted puede nombrar a cualquier persona que desee (excepto, en general, alguien que trabaje para una institución de atención médica donde está recibiendo tratamiento) para que sea su agente de atención médica. **Para nombrar un**

**agente de atención médica, use la Parte I del formulario de directiva anticipada.** (Algunas personas se refieren a esta clase de directiva anticipada como “poder de representación con duración extendida para atención médica.”) Su agente de salud hablará por usted y tomará las decisiones basadas en qué le gustaría a usted hacer o sus mejores intereses. Usted decide cuánto poder tendrá su agente para tomar decisiones de atención médica. Usted también puede decidir cuándo quiere que su agente tenga este poder: inmediatamente o sólo después que el médico dice que usted ya no está capacitado para tomar decisiones por usted mismo.

Puede elegir a un miembro de la familia como agente de atención médica, pero no es que tenga que hacerlo. Recuerde, su agente tendrá el poder de tomar decisiones importantes de tratamiento, aún cuando otras personas cercanas a usted podrían presionar por una decisión diferente. Elija a la persona más calificada para ser su agente de atención médica. También, considere elegir uno o dos agentes de reemplazo, en caso que su primera elección no estuviera disponible cuando se necesite. Asegúrese de informar a la persona que eligió y asegúrese que esta persona entiende qué es lo más importante para usted. Cuando el momento llegue de tomar las decisiones, su agente de atención médica debería seguir las directivas que usted dejó por escrito.

Tenemos un manual útil que le puede dar a su agente de atención médica. Se llama “*Tomar decisiones médicas por otra persona: Un manual para Maryland.*” Usted o su agente pueden obtener una copia en Internet visitando la página de inicio del Procurador General en: <http://www.oag.state.md.us>, luego haga clic en “Guía para Agentes de atención médica.” Usted también puede solicitar una copia llamando al **410-576-7000**.



El formulario que se incluye con este folleto no le da a nadie el poder de administrar su dinero. Nosotros no tenemos un formulario estándar para enviar. Hable con su abogado acerca de la planificación de cuestiones financieras en caso de incapacidad.

**Parte II de la directiva anticipada:  
Preferencias de tratamiento  
("testamento vital")**

Usted tiene el derecho de usar una directiva anticipada para decir qué quiere acerca de las cuestiones relacionadas al tratamiento futuro para sostener la vida. Usted puede hacer esto en la Parte II del formulario. Si nombra un agente de atención médica y además toma decisiones acerca del tratamiento en una directiva anticipada, es importante que indique (en la Parte II, párrafo G) si quiere que su agente esté obligado estrictamente por las decisiones de tratamiento que usted haya tomado, cualesquiera que sean.

La Parte II es un testamento vital. Le permite decidir acerca de los procedimientos para sostener la vida en tres situaciones: cuando la muerte a causa de una enfermedad terminal es inminente a pesar de que se le apliquen procedimientos para sostener la vida; una condición de inconciencia permanente llamada estado vegetativo persistente; y una condición en etapa terminal, que es una condición avanzada, progresiva, e incurable que tiene como consecuencia una completa dependencia física. Un ejemplo de condición en etapa terminal podría ser la enfermedad de Alzheimer en estado avanzado.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN MARYLAND**

### **1. ¿Debo usar algún formulario en particular?**

No. Se proporciona un formulario opcional, pero puede cambiarlo o usar otro diferente. Naturalmente, ningún proveedor de atención médica le puede negar atención simplemente porque usted decidió no completar el formulario.

### **2. ¿A quién puedo elegir como agente de atención médica?**

A cualquier persona de 18 años o más, excepto, en general, un propietario, operador o empleado de una institución de atención médica donde un paciente está recibiendo tratamiento.

### **3. ¿Quién puede atestiguar una directiva anticipada?**

Se necesitan dos testigos. En general, cualquier adulto competente puede ser testigo, incluyendo su médico u otro proveedor de atención médica (pero tenga presente que algunas instituciones tienen una política contraria a que sus empleados actúen como testigos). Si nombra un agente de atención médica, esa persona no puede ser testigo en su directiva anticipada. También, **uno** de los dos testigos debe ser alguien que (i) no recibirá dinero ni propiedades de su patrimonio y (ii) no es la persona que usted nombró para administrar su patrimonio después de su muerte.

### **4. ¿Los formularios deben estar certificados por notario público?**

No, pero si usted viaja frecuentemente a otro estado, consulte con un abogado que conozca el tema para comprobar si ese estado requiere la notarización.

### **5. ¿Alguno de estos documentos se relaciona con asuntos financieros?**

No. Si usted desea planificar la manera en que sus asuntos financieros se administrarán si usted está incapacitado, hable con su abogado.

### **6. Al usar estos formularios para tomar una decisión, ¿cómo puedo mostrar las elecciones que prefiero?**

Escriba sus **iniciales** al lado de la declaración que dice lo que usted quiere. **No** use tildes ni X. Si lo desea, también puede tachar con líneas las otras declaraciones que no expresan lo que usted desea.

**7. ¿Debería completar ambas Partes I y II de los formularios de directiva anticipada?**

Depende de lo que usted quiera hacer. Si usted sólo desea nombrar un agente de atención médica, únicamente complete las Partes I y III, y hable con la persona acerca de la manera que debería decidir esas cuestiones por usted. Si todo lo que quiere es dejar instrucciones de tratamiento, complete las Partes II y III. Si desea ambas cosas, complete las tres partes.

**8. ¿Estos formularios son válidos en otro estado?**

Depende de la legislación del otro estado. La mayoría de las leyes de los estados reconocen las directivas anticipadas hechas en otro lugar.

**9. ¿Cómo puedo obtener formularios de directiva anticipada de otro estado?**

Comuníquese con Caring Connections (NHPCO) al 1-800-658-8898 o en Internet en: <http://www.caringinfo.org>.

**10. ¿A quién le debería dar copias de mi directiva anticipada?**

Reparta copias a su médico, agente de atención médica y agente(s) de reemplazo, hospital o institución residencial si usted permanecerá allí y a miembros de la familia o amigos que deberían conocer sus deseos. Considere llevar una tarjeta en su billetera que diga que tiene directivas anticipadas y con quién deberían comunicarse.

**11. ¿La ley federal acerca de la privacidad de registros médicos (HIPAA) requiere algún texto especial acerca de mi agente de atención médica?**

No se requiere ningún texto especial, pero es prudente. El texto acerca de la HIPAA se ha incorporado al formulario.

**12. ¿Puede mi agente de atención médica o mi familia decidir cuestiones de tratamiento diferentes a las que dejé por escrito?**

Depende de cuánta flexibilidad les desee dejar. Algunas personas desean dar flexibilidad a los miembros de su familia u otras personas para aplicar el testamento vital. Otras personas desean que se siga muy estrictamente. Expresé lo que usted desea en la Parte II, párrafo G.

**13. ¿Es una directiva avanzada lo mismo que un “plan de cuidados del paciente” (“Patient’s Plan of Care”), que la forma de “Instrucciones sobre las opciones de tratamiento del mantenimiento de vida” (Instructions on Current Life-Sustaining Treatment Options) ¿o la forma para “Ordenes médicas para el mantenimiento de vida” (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment) (MOLST) form**

No. Esas son formas empleadas en las instituciones para los cuidados de salud para documentar discusiones acerca de asuntos relacionados con los actuales tratamientos del mantenimiento de vida. Estas formas no intentan emplearse como una directiva avanzada para nadie. En lugar de eso, son records médicos que son escritos solamente por el doctor u otros profesionales de los cuidados presentes en la discusión acerca de los tratamientos para el mantenimiento de vida relacionada a la condición médica del paciente.

**14. ¿Puede mi doctor rechazar o cancelar mi testamento en vida?**

Usualmente, no. sin embargo, un doctor no está obligado a proveer un tratamiento “médico ineficaz”, aún si el testamento lo especifica.

**15. ¿Si yo tengo una directiva avanzada, también necesito una forma MOLST?**

Sí. La forma MOLST contiene ordene médicas que ayudarán a asegurar a todos los proveedores de los cuidados de salud que saben acerca de sus deseos. Si usted **no quiere** asistentes de servicios médicos de emergencia tratando de resucitarle en el evento de un paro cardíaco o respiratorio, usted debe tener una forma MOLST conteniendo una orden DNR firmada por su doctor, enfermera practicante o asistente de doctor. Una EMS/DNR aprobada por el Instituto Maryland de los Sistemas de Servicios Médicos de Emergencias (EMS/DNR of Maryland Institute for Emergency Medical Services Systems) también sería una orden válida.

**16. ¿Tiene que ser una forma en particular la orden de DNR?**

Sí. El personal de los servicios médicos de emergencia tiene muy poco tiempo para evaluar la situación y actuar de manera apropiada. Por lo tanto no es práctico pedirles que interpreten documentos que pueden variar en su forma y contenido. En lugar de eso puede encontrar la forma estándar MOLST en internet en <http://marylandmolst.org> o contacte el Maryland Institute for Emergency Medical Services System en **410-706-4367** para obtener información acerca de la forma MOLST.

**17. ¿Puedo llenar una forma para ser donador de órganos?**

Sí. Use la parte I de la forma “After My Death” (Después de mi muerte).

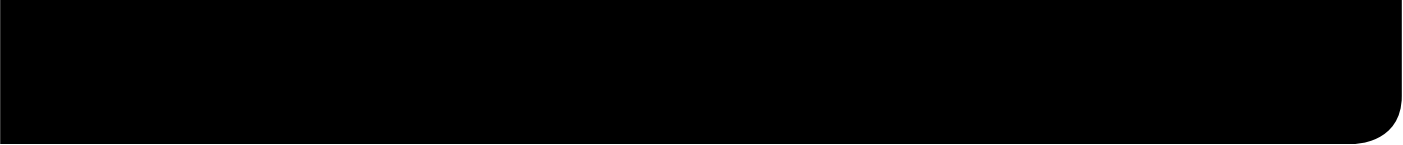
**18. ¿Y acerca de donar mi cuerpo para motivos de educación médica o investigación?**

La Parte II de la forma “After My Death” (Después de mi muerte) es en general una declaración de esos deseos. El Consejo de Anatomía del Estado tiene un programa específico acerca de donaciones, conteniendo una forma de pre-registro disponible. Llame al Consejo de Anatomía al **1-800-879-2728** para obtener la forma e información adicional.

**19. Si yo nombro a un agente de los cuidados de salud y el agente de los cuidados de salud fallece o no se le puede contactar, pudiera contactarse a una persona suplente que pudiera tomar las mismas decisiones que mi agente de los cuidados de salud hubiera tomado? ¿La persona suplente que tomará las decisiones está obligada a seguir las instrucciones que asenté en mi directiva avanzada?**

Sí, a la persona suplente que tomara las decisiones está obligada a tomar las decisiones basándose en sus deseos conocidos. Una directiva avanzada que contiene claras e inequívocas instrucciones acerca de las opciones de tratamientos es la mejor evidencia de sus derechos conocidos y por lo tanto deben ser respetados por la persona suplente que tomará las decisiones.





La Parte II, párrafo G le permite a usted escoger una de dos opciones acerca del grado de flexibilidad que usted quiere otorgar a la persona que ultimadamente tomará las decisiones de sus tratamientos por usted, ya sea que esta persona sea un agente de los cuidados de salud o una persona suplente para tomar sus decisiones. Bajo la primera opción usted le daría instrucciones a la persona que tomaría las decisiones por usted como preferencias declaradas para ser una guía pero que pueden alterarse en el caso en que el suplente piense que esa alteración fuera mejor para sus intereses. La segunda opción requiere del suplente que toma las decisiones adhiriéndose estrictamente a las preferencias que usted desea, aún si la persona suplente piensa que pudiera haber mejores alternativas.

*actualizado junio 2016*

Si tiene preguntas acerca del procedimiento, hable con su médico o abogado, o si tiene alguna pregunta acerca de la forma, puede llamar a la División de Política de Salud de la oficina del Procurador General al **410-576-6327** o enviarnos un correo electrónico a **Adforms@oag.state.md.us**.

Puede obtener más información acerca de las Directivas Anticipadas en nuestro sitio en internet en: **<http://www.oag.state.md.us/Healthpol/AdvanceDirectives.htm>**.

# DIRECTIVA ANTICIPADA DE MARYLAND:

## Planificación de Decisiones Futuras de Atención Médica

Por: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta) (Mes/Día/Año)

El uso este formulario de directiva anticipada para la planificación de la atención médica es completamente opcional. Asimismo, en Maryland son válidos otros formularios. No importa qué formulario use, hable con su familia y otras personas cercanas acerca de sus deseos.

Este formulario tiene dos partes para declarar sus deseos, y una tercera parte para las firmas necesarias. La Parte I de este formulario le permite responder esta pregunta: Si no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones de atención médica, ¿quién quiere que las tome por usted? La persona elegida se llama su agente de atención médica. **Asegúrese de hablar con su agente de atención médica (y cualquier agente de reemplazo) acerca de este importante papel.** La Parte II le permite escribir sus preferencias acerca de los esfuerzos para extender su vida en tres situaciones: enfermedad terminal, estado vegetativo persistente y condición en etapa terminal. Además de las decisiones de planificación de su atención médica, puede elegir convertirse en un donante de órganos después de su muerte completando el formulario para ese fin.

→ Puede llenar las Partes I y II de este formulario, o sólo la Parte I, o sólo la Parte II. Use el formulario para reflejar sus deseos, y luego firme frente a dos testigos (Parte III). Si sus deseos cambian, realice una nueva directiva anticipada.

Asegúrese de dar una copia del formulario completado a su agente de atención médica, su médico y otras personas que puedan necesitarlo. Mantenga un copia en casa en un lugar donde alguien lo pueda encontrar si es necesario. Revise periódicamente lo que ha escrito.

---

### PARTE I: SELECCIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

#### A. Selección de un Agente Primario.

Yo selecciono a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

(hogar y celular)

## **B. Selección de Agentes de reemplazo.**

(Opcional; formulario válido si queda en blanco)

1. Si fuera imposible comunicarse a tiempo con mi agente primario o por alguna razón no está disponible o no puede o no quiere actuar como mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona para actuar en este carácter:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono:** \_\_\_\_\_

(hogar y celular)

2. Si fuera imposible comunicarse a tiempo con mi agente primario y con mi primer agente de reemplazo o por alguna razón no están disponibles o no pueden o no quieren actuar como mi agente, entonces selecciono a la siguiente persona para actuar en este carácter:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono:** \_\_\_\_\_

(hogar y celular)

## **C. Facultades y Derechos del Agente de Atención Médica.**

Deseo que mi agente tenga plenas facultades para tomar decisiones de atención médica por mí, incluyendo la facultad para:

1. Otorgar consentimiento o no a los procedimientos y tratamientos médicos que mis médicos ofrecen, incluyendo dispositivos que tienen el propósito de mantenerme con vida, como respiradores y tubos de alimentación;
2. Decidir quién debería ser mi médico y otros proveedores de atención médica; y
3. Decidir dónde debería recibir tratamiento, incluyendo si debería estar en un hospital, institución residencial u otro centro de atención médica o dentro del programa de un centro para enfermos terminales.
4. También deseo que mi agente:
  - a. Viaje conmigo en una ambulancia si alguna vez necesito ir al hospital de urgencia; y
  - b. Pueda visitarme si estoy en un hospital o en otro centro de atención médica.

***ESTA DIRECTIVA ANTICIPADA NO CONVIERTE A MI AGENTE EN RESPONSABLE DE NINGÚN COSTO DE MI ATENCIÓN MÉDICA.***

Este poder está sujeto a las siguientes condiciones o limitaciones:  
(Opcional; formulario válido si queda en blanco)

---

---

**D. Cómo debe mi agente decidir cuestiones específicas.**

Confío en el buen juicio de mi agente. Mi agente debería primero ver si hay algo en la Parte II de esta directiva anticipada que lo ayude a decidir la cuestión. Luego, mi agente debería pensar en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y otros valores, mi personalidad y la manera en que manejé las cuestiones médicas y otros asuntos importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría aún no está claro, entonces mi agente debe tomar las decisiones por mí que mi agente cree son en mi mejor interés. Al hacerlo, mi agente debería considerar los beneficios, cargas y riesgos de las opciones que presentan mis médicos.

**E. Las personas que mi agente debería consultar.**

(Opcional; formulario válido si queda en blanco)

Al tomar decisiones importantes en mi nombre, animo a mi agente a consultar con las siguientes personas. Al completar esta parte, no es mi intención limitar la cantidad de personas con quienes mi agente puede consultar ni limitar la facultad de mi agente de tomar decisiones.

**Nombre(s):**

**Número(s) de teléfono:**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**F. En caso de Embarazo.**

(Opcional, para mujeres en edad de concebir únicamente; formulario válido si queda en blanco)

Si estoy embarazada, mi agente seguirá las siguientes instrucciones específicas:

---

---

---

---

### G. Acceso a mi información de salud — Autorización de la Ley Federal de Privacidad (HIPAA).

1. Si, con anterioridad al momento en que la persona seleccionada como mi agente tiene el poder de actuar bajo este documento, mi médico desea hablar con esta persona sobre mi capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica, autorizo a mi médico a divulgar la información protegida de mi salud relacionada con ese asunto.
2. Una vez que mi agente tenga plenas facultades para actuar bajo este documento, mi agente puede solicitar recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, relacionada con mi salud física o mental, incluyendo entre otros, los registros médicos y de hospital y otra información de salud protegida, y dar consentimiento a la divulgación de esta información.
3. A todos los efectos relacionados con este documento, mi agente es mi representante personal bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Mi agente puede firmar, como mi representante personal, cualquier formulario de exoneración y otros materiales relacionados con la HIPAA.

### H. Entrada en vigor de esta Parte.

(Lea ambas declaraciones con cuidado. Después, escriba sus iniciales sólo en una.)

La facultad de mi agente entra en vigencia:

1. Inmediatamente después de mi firma del presente documento, sujeto a mi derecho de tomar cualquier decisión acerca de mi atención médica si lo deseo y estoy en condiciones de hacerlo.

 \_\_\_\_\_

>>O<<

2. Cuando no pueda tomar decisiones informadas acerca de mi atención médica, ya sea porque el médico a cargo de mi atención (médico tratante) decide que he perdido esta capacidad **en forma temporaria**, o mi médico tratante y un médico consultado están de acuerdo en que he perdido esta capacidad **en forma permanente**.

 \_\_\_\_\_

Si lo único que usted desea hacer es seleccionar un agente de atención de salud, pase a la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar y hacer que se atestigüe la directiva por adelantado. Si además quiere escribir sus preferencias de tratamiento, pase a la Parte II. Además considere ser un donante de órganos, usando para ello el formulario separado.

## PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO (“TESTAMENTO VITAL”)

### A. Declaración de Metas y Valores.

(Opcional: Formulario válido si queda en blanco)

Quiero expresar algo acerca de mis metas y valores, y especialmente lo que es más importante para mí durante la última parte de mi vida:

---

---

---

---

---

---

---

---

### B. Preferencia en caso de una enfermedad terminal.

(Si desea establecer cuál es su preferencia, escriba sus iniciales en una solamente. Si no desea establecer una preferencia aquí, tache toda la sección.)

**Si mis médicos certifican que mi muerte a causa de una enfermedad terminal es inminente, aunque se utilicen procedimientos para sostener mi vida:**

1. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo ninguna intervención médica que se use para tratar de extender mi vida. No deseo recibir nutrición ni líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 \_\_\_\_\_

2. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo intervenciones médicas que se usen para extender mi vida. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, sin embargo, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 \_\_\_\_\_

3. Tratar de extender mi vida todo lo posible, usando todas las intervenciones disponibles que a juicio de los médicos razonablemente impediría o retrasaría mi muerte. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos y otros medios médicos.

 \_\_\_\_\_

### C. Preferencia en caso de estado vegetativo persistente.

(Si usted desea establecer cuál es su preferencia, escriba sus iniciales solamente en una. Si no desea establecer una preferencia aquí, tache toda la sección.)

**Si mis médicos certifican que estoy en un estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy conciente y no tengo conciencia de mí mismo ni del ambiente o no puedo interactuar con los demás, y no existe una expectativa razonable de que alguna vez recupere la conciencia:**

1. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo ninguna intervención médica que se use para tratar de extender mi vida. No deseo recibir nutrición ni líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 \_\_\_\_\_

2. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo intervenciones médicas que se usen para extender mi vida. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, sin embargo, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 \_\_\_\_\_

3. Tratar de extender mi vida todo lo posible, usando todas las intervenciones disponibles que a juicio de los médicos razonablemente impediría o retrasaría mi muerte. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos y otros medios médicos.

 \_\_\_\_\_

### D. Preferencia en caso de una condición en etapa terminal.

(Si usted desea establecer cuál es su preferencia, escriba sus iniciales en una solamente. Si no desea establecer una preferencia aquí, tache toda la sección.)

**Si mis médicos certifican que tengo una condición en etapa terminal, es decir, una condición incurable que continuará su curso hasta la muerte y que ya ha resultado en pérdida de capacidad y dependencia física completa:**

1. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo ninguna intervención médica que se use para tratar de extender mi vida. No deseo recibir nutrición ni líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 \_\_\_\_\_

2. Mantenerme cómodo y permitir que ocurra la muerte natural. No deseo intervenciones médicas que se usen para extender mi vida. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, sin embargo, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos u otros medios médicos.

>>O<<

 \_\_\_\_\_

3. Tratar de extender mi vida todo lo posible, usando todas las intervenciones disponibles que a juicio de los médicos razonablemente impediría o retrasaría mi muerte. Si no puedo tomar suficiente nutrición por boca, deseo recibir nutrición y líquidos mediante tubos y otros medios médicos.

 \_\_\_\_\_

**E. Alivio del dolor.**

Independientemente de mi condición, quiero que me administren los medicamentos u otros tratamientos necesarios para aliviar el dolor.

**F. En caso de embarazo.**

(Opcional, para mujeres en edad de concebir solamente; formulario válido si queda en blanco.)

Si estoy embarazada, mi agente seguirá las siguientes instrucciones específicas:

---

---

---

---

---

---

---

---

**G. Entrada en vigor de las Preferencias establecidas.**

(Lea ambas declaraciones con cuidado. Luego, escriba sus iniciales en **una** solamente.)

- 1. Soy consciente que es imposible prever todas las cosas que podrían suceder después de que ya no pueda decidir por mí mismo. Mis preferencias establecidas tienen la intención de servir como guía a quien deba tomar las decisiones en mi nombre y en el de los proveedores de atención médica, pero los autorizo a ser flexibles en la aplicación de esta declaración si sienten que al hacerlo estarían actuando en mi mejor interés.

 \_\_\_\_\_

>>O<<

- 2. Soy consciente que es imposible prever todas las cosas que podrían suceder después de que ya no pueda decidir por mí mismo. Sin embargo, deseo que quien esté tomando las decisiones en mi nombre y en el de los proveedores de atención médica, siga mis preferencias establecidas exactamente como están escritas, aún cuando piensen que alguna alternativa sería mejor.

 \_\_\_\_\_



### PARTE III: FIRMAS Y TESTIGOS

Al firmar a continuación como el Declarante, estoy indicando que soy emocional y mentalmente competente para realizar esta directiva anticipada y que entiendo su propósito y efectos. También entiendo que este documento reemplaza toda directiva anticipada similar que pueda haber completado antes de esta fecha.

\_\_\_\_\_  
(Firma del declarante) (Fecha)

El Declarante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, basado en observación personal parece ser competente emocional y mentalmente para realizar esta directiva anticipada.

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono

*(Nota: La persona seleccionada como agente de atención médica en la Parte I no puede ser testigo. Además, por lo menos uno de los testigos debe ser alguien que a sabiendas no heredará nada del Declarante ni obtendrá con conocimiento un beneficio financiero de la muerte del Declarante. La ley de Maryland no requiere que este documento esté certificado por un notario.)*

# DESPUÉS DE MI MUERTE

(Este documento es opcional. Haga sólo aquello que refleje sus deseos.)


**Por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta) (Mes/día/año)

---

## PARTE I: DONACIÓN DE ÓRGANOS

(Escriba sus iniciales en las que usted desea. Tache todo lo que no desee.)

Al morir deseo donar:  \_\_\_\_\_

Todo órgano, tejidos u ojos que sean necesarios.  \_\_\_\_\_

Sólo los siguientes órganos, tejidos u ojos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos:*

Para trasplante  \_\_\_\_\_

Para terapia  \_\_\_\_\_

Para investigación  \_\_\_\_\_

Para educación médica  \_\_\_\_\_

Para todo propósito autorizado por la ley  \_\_\_\_\_

Entiendo que ningún órgano, tejido ni ojos se pueden retirar para trasplante hasta después de haber sido declarado muerto. *Este documento no tiene la intención de cambiar nada acerca de mi atención médica mientras estoy con vida.* Después de mi muerte, autorizo toda medida adecuada de soporte para mantener la viabilidad del trasplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que la recuperación de los órganos, tejidos y ojos se haya completado. Entiendo que mi patrimonio no será responsable de ningún costo relacionado con esta donación.

## PARTE II: DONACIÓN DEL CUERPO

Después de la donación de órganos indicada en la Parte I, deseo donar mi cuerpo para su uso en un programa de estudios médicos.

 \_\_\_\_\_

---

## PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y ARREGLOS FUNERARIOS

Deseo que la persona que nombro a continuación tome las decisiones acerca de la disposición de mi cuerpo y los arreglos de mi funeral: (Escriba sus iniciales en la primera o bien complete la segunda.)

El agente de atención médica que nombré en mi directiva anticipada.

 \_\_\_\_\_

>>O<<

Esta persona:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número(s) de teléfono:** \_\_\_\_\_

(hogar y celular)

Si he escrito mis deseos más abajo, los mismos deberían respetarse. De lo contrario, la persona que he nombrado debería decidir basado en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias religiosas y otros valores, mi personalidad y la manera en que reaccioné ante los arreglos funerarios de otras personas. Mis deseos acerca de la disposición de mi cuerpo y lo arreglos de mi funeral son los siguientes:

---

---

---

---

---

---

## PARTE IV: FIRMA Y TESTIGOS

Al firmar a continuación, estoy indicando que soy emocional y mentalmente competente para realizar esta donación y que entiendo el propósito y efectos de este documento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del donante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

El Donante firmó o reconoció haber firmado este documento en mi presencia y, basado en observación personal parece ser competente emocional y mentalmente para realizar esta donación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono

## DESPUÉS DE MI MUERTE

### Parte II: Donación de mi cuerpo.

El Consejo de Anatomía del Estado, una unidad del Departamento de Salud (Department of Health) administra a través de todo el Estado un programa para la donación de cuerpos. La Donación Anatómica les permite a las personas dedicar el uso de sus cuerpos después de haber fallecido al adelanto de la educación médica, el entrenamiento clínico y relacionado a la salud y a los estudios de investigación de las instituciones médicas de Maryland. El Consejo de Anatomía requiere que las personas se registren previamente a sus fallecimientos como donadores anatómicos al programa del Estado de Donación de Cuerpo. No hay restricciones médicas o cualificaciones para ser un “Donador de Cuerpo”. Al fallecimiento, el Consejo asumirá custodia y control del cuerpo para efectos de estudio. Es un verdadero legado que se deja para que otros tengan vidas saludables. Para obtener información y formas, contacte al Consejo, llamando gratuitamente al **1-800-879-2728**.

## ¿RECORDÓ ...

- Completar la Parte I, si desea nombrar un agente de atención médica?
- Nombrar uno o dos agentes de reemplazo en caso que su primera elección como agente de atención médica no estuviera disponible cuando lo necesite?
- Hablar con su agente y agentes de reemplazo acerca de sus valores y prioridades, y decidir si eso es suficiente guía o si también desea tomar decisiones específicas de atención médica en la directiva anticipada?
- Si desea tomar decisiones específicas, completar la Parte II, eligiendo cuidadosamente entre las alternativas?
- Firmar y fechar la directiva anticipada en la Parte III, frente a dos testigos que también deben firmar?
- Repasar el formulario “Después de mi muerte” para ver si desea completar alguna parte del mismo?
- Asegurarse de que su agente de atención médica (si nombró a alguien), su familia y su médico sepan acerca de la planificación anticipada de su atención médica?
- Dar una copia de su directiva anticipada a su agente de atención médica, miembros de la familia, médico y hospital o institución residencial si usted es un paciente allí?

