



Directivas Anticipadas

Información acerca de las directivas anticipadas

¿Ha pensado en qué tipo de atención médica le gustaría recibir si tuviera una enfermedad o lesión grave? Si ya no pudiera expresar sus deseos, ¿sabrían su médico y sus familiares qué es lo que desea?

Este folleto fue diseñado para ayudarlo a reflexionar acerca de estas preguntas. Las leyes del estado de Washington respaldan su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Para expresar sus decisiones sobre el tipo de atención que desea recibir, puede utilizar directivas anticipadas.

¿Qué son las directivas anticipadas?

Las directivas anticipadas formales son documentos que se redactan antes de una enfermedad grave y donde se indican sus decisiones para la atención médica (órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) o se nombra a una persona para que tome esas decisiones (poder duradero para el cuidado de la salud) en el caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo. A través de las directivas anticipadas, puede tomar decisiones legalmente válidas acerca de su atención médica futura. En este folleto se brinda información acerca de cómo preparar órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital y un poder duradero para el cuidado de la salud.

¿Son legales las directivas anticipadas?

Sí. Existen leyes federales y estatales que rigen el uso de las directivas anticipadas. Los 50 estados y el Distrito de Columbia cuentan con leyes que reconocen el uso de directivas anticipadas. Si viaja, quizás desee llevar copias de sus documentos con usted, ya que es posible que otros estados respeten estos formularios.

¿Se reconocerán las directivas anticipadas en casos de emergencia?

No. En la mayoría de estos casos no hay tiempo suficiente para que el personal del servicio de emergencias consulte la directiva anticipada del paciente. Una vez que el paciente esté bajo la atención directa de un médico, habrá tiempo para que se evalúe la directiva anticipada o se consulte al apoderado en cuestiones de cuidado de la salud.

¿Qué son las órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital?

Las órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (POLST) son un formulario que documenta una orden médica que resume su voluntad con respecto al tratamiento de soporte vital. El formulario cumple dos fines principales:

- Es transportable, es decir, se puede llevar de un entorno de atención a otro.
- Convierte los deseos de una persona en órdenes médicas reales.

El formulario POLST facilita el proceso de conversión de las conversaciones con los pacientes sobre el final de la vida en decisiones de tratamiento reales y brinda tanto a la persona como al médico la seguridad de que se cumplan los deseos expresados. No existe ningún otro formulario que simplifique el proceso de esta manera. Se le proporciona una copia de la POLST.

¿Qué pasa si no tengo una POLST?

La decisión de tener directivas escritas es personal. La mejor manera de expresar sus deseos es plasmarlos por escrito. A algunas personas les resulta reconfortante tener directivas por escrito. Sienten que le alivian la carga de tener que tomar decisiones a familiares y amigos.

¿Puedo modificar mi POLST?

Sí, puede modificar o anular su POLST en cualquier momento. Para eso, puede destruir el documento, incluirle la modificación por escrito o informarle de la modificación a su médico, enfermero y familiares. Si modifica su POLST, debe entregar nuevas copias a su médico, abogado, familiares u otras personas que puedan estar involucradas. Para que la modificación tenga validez, su médico debe estar informado de ella.

¿Qué son los tratamientos de soporte vital?

Existen varios tratamientos e intervenciones médicas de soporte vital que pueden prolongar la vida de una persona y retrasar su fallecimiento. Nos gustaría que los considere, y que analice sus decisiones con su médico, familiares y amigos. Es importante que dé a conocer sus deseos en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo.

Los tratamientos de soporte vital no incluyen procedimientos ni medicamentos administrados para el alivio del dolor. Las intervenciones quirúrgicas también plantean excepciones a las directivas anticipadas que debe analizar con su médico. La decisión de renunciar a

los tratamientos de soporte vital de ninguna manera afectará la atención que se le brinda en términos de confort y alivio del dolor. Siempre se proporcionará tratamiento complementario para que se sienta confortable y no sienta dolor. Estos son algunos de los tratamientos de soporte vital:

Reanimación cardiopulmonar (RCP)

La RCP se utiliza cuando el corazón o los pulmones de una persona han dejado de funcionar repentinamente. Por lo general, involucra compresiones torácicas, el uso de fármacos o una descarga eléctrica para restaurar el latido del corazón, y la colocación de un tubo en la tráquea para mantener la respiración. Es posible que la RCP no sea adecuada para determinados pacientes, como los que atraviesan la última etapa de una enfermedad terminal, los que se encuentran en estado vegetativo persistente o aquellos que tienen una enfermedad incurable, ya que su uso solo prolongaría la agonía.

Respirador o ventilador

Un respirador o ventilador es una máquina que envía aire a los pulmones y respira por una persona que no puede hacerlo de manera natural. Los ventiladores a veces se utilizan en personas que han tenido una intervención quirúrgica o que tienen una enfermedad. El ventilador ayuda a la persona a respirar hasta que pueda hacerlo por sí misma. Sin embargo, un ventilador puede no ser adecuado para un paciente con una enfermedad terminal, ya que su uso solo puede prolongar su agonía.

Alimentación e hidratación artificial

La alimentación e hidratación artificial son formas de proporcionarle alimentos o líquidos a una persona que no puede comer o beber por sí misma. Los alimentos o líquidos pueden administrarse directa o indirectamente en el estómago, también conocido como "alimentación por sonda", o a través de una vía intravenosa. Estos métodos se suelen utilizar cuando se produce una pérdida temporal de la función de alimentación o digestiva. Cuando la muerte es inminente o no hay

esperanza de recuperación, el uso de alimentos y líquidos artificiales solo puede prolongar la agonía.

Donación de órganos y tejidos

Si desea ser donante de órganos o tejidos, puede indicarlo en la directiva de atención médica. Para registrarse, puede consultar a la organización de donación de órganos designada a nivel federal de la región, LifeCenter Northwest Organ Donation Network, en www.lcnw.org o al 1-877-275-5269. También puede registrarse como donante en el Departamento de Vehículos Motorizados cuando solicite o renueve su licencia de conducir.

En su licencia aparecerá un símbolo de su condición de donante. Al inscribirse, indica que los órganos y tejidos que designó quedan disponibles para trasplante, investigación o ambos, a fin de ayudar a otros cuando usted fallezca. Si está registrado como donante, no se exige ningún otro consentimiento para seguir adelante con la donación.

Independientemente de que sea donante o no, es importante que converse con sus familiares acerca de su decisión. Si no existe ninguna directiva ni registro, es posible que se les pida a sus familiares que tomen una decisión en su nombre. A fin de garantizar que se cumpla su voluntad, es importante que comparta claramente su decisión con sus familiares, para que puedan apoyarla en el momento de su fallecimiento.

¿Quién toma las decisiones de atención médica por mí si yo no puedo?

La ley del estado de Washington establece el siguiente orden de prioridad para que las personas tomen decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo por sí mismo:

1. Su tutor, en el caso de que se haya designado uno
2. La persona que aparece en su poder duradero para el cuidado de la salud
3. Su cónyuge o pareja de hecho registrada
4. Sus hijos mayores de edad
5. Sus padres
6. Sus hermanos o hermanas mayores de edad

La persona elegida para tomar decisiones en su nombre es responsable, según la ley estatal, de cumplir sus deseos según lo estipulado en sus directivas.

¿Qué es un poder duradero para el cuidado de la salud?

Un poder duradero para el cuidado de la salud es un documento en el que nombra a otra persona para que tome decisiones médicas por usted en cualquier momento que no pueda tomarlas por sí mismo. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento que desee o no desee recibir, como una intervención quirúrgica, alimentación e hidratación artificial (por ejemplo, líquidos o medicamentos). Puede redactar un poder duradero para el cuidado de la salud con el asesoramiento de un abogado o sin él. Su apoderado debe entender y respetar sus deseos de atención médica.

¿Cómo preparo un poder duradero para el cuidado de la salud?

1. Revise el formulario de poder duradero para el cuidado de la salud que se incluye en la página siguiente. Piense si desea modificar el formulario y cualquier instrucción especial que desee incluir para limitar o guiar a su apoderado. Escriba a mano o a máquina estas instrucciones y adjúntelas al formulario.

2. Seleccione a la persona que desea que actúe como su apoderado. Obtenga su consentimiento para este poder duradero para el cuidado de la salud. Dígale de la manera más directa posible cuál es el tipo de decisiones que desea que se tomen en su nombre.
3. Firme y feche el formulario, y solicite que lo firmen dos testigos que cumplan los requisitos o un escribano.
4. Haga copias del poder duradero para el cuidado de la salud para usted, su apoderado, sus familiares cercanos y su abogado, si tiene uno. Entregue el original del poder duradero para el cuidado de la salud a su médico. El poder duradero para el cuidado de la salud debe figurar en la historia clínica que conserva su médico a fin de garantizar que se cumplan sus deseos.

¿Puedo modificar el poder duradero para el cuidado de la salud?

Sí, puede modificar o anular el poder duradero para el cuidado de la salud en cualquier momento. Para eso, puede destruir el documento, incluirle la modificación por escrito o informarle de la modificación a su médico, enfermero y familiares. En el caso de que modifique su poder duradero para el cuidado de la salud, debe entregar nuevas copias a su médico, abogado, familiares u otras personas que puedan estar involucradas.

Para obtener más información

Estos formularios han sido proporcionados como servicio público por la Asociación Médica del Estado de Washington. Le recomendamos que analice las directivas con su médico. Un abogado puede responder todas las preguntas legales que pueda tener sobre el uso y efecto de las directivas.



International District Medical & Dental Clinic

720 8th Ave S
Seattle, WA 98104
206.788.3700

Holly Park Medical & Dental Clinic

3815 S Othello St
Seattle, WA 98118
206.788.3500

Shoreline Medical & Dental Clinic

16549 Aurora Ave N
Shoreline, WA 98133
206.533.2600

Bellevue Medical & Dental Clinic

1050 140th Ave NE
Bellevue, WA 98005
425.373.3000

ICHS Primary Care Clinic at ACRS

3639 Martin Luther King Jr Way S
Seattle, WA 98144
206.788.3700

ICHS Legacy House

803 S Lane St
Seattle, WA 98104
206.292.5184

ICHS no discrimina en bases de raza, color, sexo, estado civil, orientación sexual, ideología política, edad, credo, religión, ascendencia, identificación de género, información genética, uso de animales de servicio, origen nacional, estatus de veterano, estatus de ciudadanía o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, veteranos con discapacidades y Veteranos de la era de Vietnam de acuerdo

con las leyes y regulaciones locales, federales y estatales. Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de sus derechos, por favor póngase en contacto con la Línea Directa de Cumplimiento al 1-855-515-0143.

ATENCIÓN: Están disponibles sin costo para usted los servicios de asistencia lingüística. Llame al 1-206-788-3700 (TTY 711).

LA LEY HIPAA (POR SU SIGLA EN INGLÉS, LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO) PERMITE LA DIVULGACIÓN DE LAS POLST A OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO



Portable Orders for Life-Sustaining Treatment
A Participating Program of National POLST

APELLIDO / NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE O INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO

GÉNERO (opcional)

PRONOMBRES (opcionales)

Esta es una orden médica. Se debe completar junto con un profesional médico. Completar un documento de órdenes médicas para el soporte vital (por su sigla en inglés, POLST) siempre es una decisión voluntaria.

IMPORTANTE: Para obtener más información, consulte la página 2.

AFECCIONES MÉDICAS/OBJETIVOS INDIVIDUALES:

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA/TELÉFONO (si corresponde)

A **Uso de reanimación cardiopulmonar (RCP): cuando la persona NO tiene pulso ni respira.**

MARQUE UNA OPCIÓN

- SÍ. Intentar reanimar/RCP** (elija el **TRATAMIENTO COMPLETO** en la sección B)
- NO. No intentar reanimar (ONR)/permitir muerte natural**

Cuando no haya paro cardiorrespiratorio, vaya a la sección B

B **Nivel de intervenciones médicas: cuando la persona tiene pulso o respira.**

MARQUE UNA OPCIÓN

Cualquiera de estos niveles de tratamiento se puede elegir junto con la opción anterior de ONR/permitir muerte natural.

- TRATAMIENTO COMPLETO. El objetivo principal es prolongar la vida por todos los medios médicamente eficaces.** Usar intubación, intervenciones avanzadas en las vías respiratorias, ventilación mecánica y cardioversión según se indique. Incluye la atención que se describe a continuación.
Transferir a un hospital, si así se indica. Incluye el cuidado intensivo.
- TRATAMIENTO SELECTIVO. El objetivo principal es tratar las afecciones médicas y evitar, al mismo tiempo, el uso de medidas invasivas, si es posible.** Usar tratamiento médico, líquidos y medicamentos intravenosos, y monitor cardíaco según se indique. **No intubar.** Se pueden usar métodos de soporte de las vías respiratorias menos invasivos (p. ej., CPAP, BiPAP [por su sigla en inglés, presión positiva continua en la vía respiratoria y presión positiva binivel en la vía respiratoria], oxigenoterapia de alto flujo). Incluye la atención que se describe a continuación.
Transferir a un hospital, si así se indica. Evitar, en lo posible, los cuidados intensivos.
- TRATAMIENTO CENTRADO EN EL CONFORT. El objetivo principal es maximizar el confort.** Aliviar el dolor y el sufrimiento con medicamentos por cualquier vía necesaria. Usar oxígeno, aspiración por vía oral y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias, según sea necesario, para brindar confort.
La persona prefiere que no se la transfiera al hospital. Servicios médicos de emergencia (SME): considere comunicarse con el control médico para determinar si se indicó transporte para brindar un nivel adecuado de confort.

Órdenes adicionales (p. ej., productos hemoderivados, diálisis): _____

C **Firmas:** un representante legal a cargo de las decisiones médicas (ver página 2) puede firmar en nombre de un adulto que no sea capaz de tomar decisiones. Una persona que tome sus propias decisiones puede solicitarle a un adulto de confianza que firme en su nombre o la firma del médico clínico puede servir como testimonio del consentimiento verbal. Un tutor, el padre o la madre deben firmar en el caso de una persona menor de 18 años. Se permiten las firmas de ambos padres o de varias personas a cargo de tomar decisiones, pero no son obligatorias. Los consentimientos y las órdenes virtuales, remotas y verbales se abordan en la página 2.

Se habló con:

- La persona Los padres del menor
- Tutor con autoridad para la atención médica
- Representante legal de atención médica mediante un DPOA-HC (por su sigla en inglés, poder legal de duración indefinida para la atención médica)
- Otra persona a cargo de tomar decisiones médicas de conformidad con el artículo 7.70.065 del RCW (por su sigla en inglés, Código Revisado de Washington)



FIRMA – MD/DO/ARNP/PA-C (por sus siglas en inglés, médico, osteópata, enfermero profesional certificado con práctica avanzada y asistente médico certificado) (**obligatorio**)

FECHA (**obligatoria**)

NOMBRE DEL MD/DO/ARNP/PA-C EN IMPRENTA (**obligatorio**)

TELÉFONO



FIRMAS – PERSONA O REPRESENTANTE LEGAL A CARGO DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS (**obligatorio**)

RELACIÓN

FECHA (**obligatoria**)

NOMBRE DE LA PERSONA O REPRESENTANTE LEGAL A CARGO DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS EN IMPRENTA (**obligatorio**)

TELÉFONO

La persona tiene: Poder legal de duración indefinida para la atención médica Directiva de atención médica (testamento en vida)
Se recomienda mantener junto con el documento de POLST cualquier otro documento de planificación anticipada de la atención.

ENVÍE EL FORMULARIO ORIGINAL CON LA PERSONA CUANDO SE LA TRANSFIERA O SE LE DÉ EL ALTA.

**LA LEY HIPAA PERMITE LA DIVULGACIÓN DE LAS POLST A OTROS PROVEEDORES
DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN SEA NECESARIO**

APELLIDO / NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE O INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO / /
--	----------------------------

Información de contacto adicional (si tiene)

REPRESENTANTE LEGAL A CARGO DE TOMAR DECISIONES MÉDICAS (en virtud del DPOA-HC o 7.70.065 del RCW)	RELACIÓN	TELÉFONO
OTRA PERSONA DE CONTACTO	RELACIÓN	TELÉFONO
PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA QUE COMPLETA EL FORMULARIO	ROL/CREDENCIALES	TELÉFONO

Preferencia: nutrición con asistencia médica (es decir, nutrición artificial)

Marque aquí si no se habló de esto

Esta sección NO es obligatoria. Esta sección, se complete o no, no afecta las órdenes de la página 1 del formulario.

Las preferencias de nutrición con asistencia médica y otras decisiones de atención de la salud también se pueden indicar en las directivas anticipadas, que se recomiendan para todos los adultos. Las POLST no reemplazan a las directivas anticipadas. Cuando una persona ya no pueda tomar sus propias decisiones, se debe consultar al representante legal a cargo de tomar decisiones médicas acerca de su plan de atención, incluida la nutrición con asistencia médica. Las decisiones deben basarse en deseos anteriores conocidos, en lo que sea más beneficioso para la persona, en las preferencias que se incluyen aquí o en otro lugar y en la afección médica actual. Se recomienda documentar las decisiones u órdenes específicas en el historial clínico.

Los alimentos y los líquidos se deben ofrecer por vía oral, si es posible y se condice con las preferencias conocidas de la persona.

La persona prefiere evitar la nutrición con asistencia médica.

La persona prefiere hablar sobre las opciones de nutrición con asistencia médica, según se indica.

Hable sobre la nutrición con asistencia médica de corto plazo y de largo plazo (la de largo plazo requiere la colocación de un tubo mediante cirugía).

* Se ha comprobado que la nutrición con asistencia médica no tiene ningún efecto en la longitud de la vida en casos de demencia moderada a demencia en etapa avanzada y está asociada con complicaciones. Las personas pueden tener documentos o deseos conocidos de que no se continúe la alimentación por vía oral; las instrucciones de alimentación por vía oral pueden estar sujetas a estos deseos conocidos.

Se habló con: _____ La persona _____ El profesional de atención médica _____ El representante legal a cargo de tomar decisiones médicas

Instrucciones para los profesionales de atención médica

NOTA: Una persona con capacidad siempre puede aceptar o rechazar los cuidados médicos o las intervenciones, independientemente de la información contenida en cualquier documento, incluido este.

Cualquier sección incompleta del documento de POLST implica la elección de tratamiento completo para esa sección. Este documento de POLST es válido en todos los entornos de atención. Está diseñado principalmente para atención fuera del hospital, pero es válido dentro de los centros de atención médica de acuerdo con las políticas específicas. El documento de POLST es un conjunto de órdenes médicas. El documento de POLST más reciente reemplaza cualquier orden anterior.

Cómo completar un documento de POLST

- Completar un documento de POLST es una decisión voluntaria y personal; se debe ofrecer, según corresponda, pero no es obligatorio.
- Las opciones de tratamiento que se documentan en este formulario deben ser el resultado de una toma de decisiones compartidas por parte de una persona o de su agente de atención médica y de un profesional de atención médica, en función de las preferencias de la persona y su afección médica.
- El documento de POLST debe ser firmado por un MD/DO/ARNP/PA-C y por la persona o su representante legal a cargo de tomar decisiones médicas, según lo determine la tutela, el poder legal de duración indefinida para la atención médica (DPOA-HC) u otra relación contemplada en el artículo 7.70.065 del Código Revisado de Washington (RCW) para ser válido. Se permiten las firmas de varias personas a cargo de tomar decisiones, pero no son obligatorias.
- Los órdenes y los consentimientos virtuales, remotos y verbales son aceptables de conformidad con las políticas de la instalación de cuidado médico. Para conocer ejemplos, consulte las preguntas frecuentes en www.wsma.org/POLST (solo en inglés).
- El documento de POLST se puede usar para indicar órdenes de cuidados médicos de niños menores de 18 años con enfermedades graves. Los tutores/padres firman el formulario junto con los profesionales de atención médica. Consulte las preguntas frecuentes en www.wsma.org/POLST (solo en inglés).

NOTA: Este formulario no es adecuado para designar a alguien como agente para la atención médica. Se necesita un DPOA-HC separado para designar a un agente para la atención médica.

Cómo cumplir con el documento de POLST

Todos deben recibir un trato digno y respetuoso.

SECCIONES A Y B:

- No se debe usar un desfibrilador si la persona ha seleccionado la opción "No intentar reanimar".
- Cuando no se puede brindar confort en el entorno actual de la persona, se la debe transferir a otro lugar que pueda brindarle comodidad (p. ej., donde puedan tratar una fractura de cadera). Esto puede incluir la administración de medicamentos por vía intravenosa para su comodidad.
- El tratamiento de la deshidratación es una medida que podría prolongar la vida. La persona que desea la administración de líquidos por vía intravenosa debe indicar si desea "Tratamiento selectivo" o "Tratamiento completo".

Cómo revisar un documento de POLST

Este documento de POLST se debe revisar en las siguientes situaciones:

- Cuando la persona es transferida de un entorno o nivel de cuidados a otro.
- Cuando hay un cambio sustancial en el estado de salud de la persona.
- Cuando cambian las preferencias de tratamiento de la persona.

Para anular este formulario, tache toda la página con una línea y escriba "VOID" (NULO) en letras grandes. Notifique a todos los centros de atención, entornos clínicos y a cualquier persona que tenga una copia del documento actual de POLST. Cualquier cambio que se desee implementar requerirá un nuevo documento de POLST.

Revisión de este formulario de POLST: use esta sección para actualizar y confirmar las órdenes y preferencias.

Este documento cumple el requisito de establecer las medidas de reanimación deseadas y una orientación médica básica para la admisión a centros de enfermería y de otros tipos.

FECHA DE REVISIÓN	REVISOR	UBICACIÓN DE LA REVISIÓN	RESULTADO DE LA REVISIÓN <input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Formulario anulado <input type="checkbox"/> Se completó un nuevo formulario
-------------------	---------	--------------------------	---

ENVÍE EL FORMULARIO ORIGINAL CON LA PERSONA CUANDO SE LA TRANSFIERA O SE LE DÉ EL ALTA.

Las copias, imágenes digitales e imágenes de fax de los formularios firmados de POLST son legales y válidas. Se pueden hacer copias para sus registros. Para obtener más información sobre las POLST, visite www.wsma.org/POLST

DIRECTIVA ANTICIPADA: PODER NOTARIAL DURABLE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Esta directiva anticipada, un poder notarial durable para la atención médica, le permite nombrar y preparar a su agente de atención médica. Este formulario cumple con los requisitos de la ley del estado de Washington.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent. This form meets the requirements of Washington state law.

Mi información:

My Information:

NOMBRE COMPLETO:		PRONOMBRES (OPCIONAL):
FULL NAME:		PRONOUNS (OPTIONAL):
		<i>(p. ej., él/ella/elle)</i> <i>(i.e., he/she/they)</i>
FECHA DE NACIMIENTO:	/ /	
DATE OF BIRTH:	<i>(dd/mm/aaaa)</i> <i>(mm/dd/yyyy)</i>	

NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

NAMING A HEALTH CARE AGENT

La persona que designo como mi agente de atención médica es la siguiente:

The person I designate as my health care agent is:

NOMBRE COMPLETO:		PRONOMBRES (OPCIONAL):
FULL NAME:		PRONOUNS (optional):
VÍNCULO:	TELÉFONO PRINCIPAL: ()	TELÉFONO ALTERNATIVO: ()
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:	ALTERNATE PHONE:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		

Las personas que designo como mis agentes alternativos son las siguientes:

The people I designate as my alternate agents are:

Si la persona mencionada anteriormente no puede o no quiere tomar mis decisiones de atención médica, entonces designo a las personas mencionadas a continuación como mi primer y segundo agente alternativo de atención médica.

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

Agente alternativo 1

First Alternate

NOMBRE COMPLETO:		PRONOMBRES (OPCIONAL):
FULL NAME:		PRONOUNS (optional):
VÍNCULO:	TELÉFONO PRINCIPAL: ()	TELÉFONO ALTERNATIVO: ()
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:	ALTERNATE PHONE:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		

Agente alternativo 2

Second Alternate

NOMBRE COMPLETO:		PRONOMBRES (OPCIONAL):
FULL NAME:		PRONOUNS (OPTIONAL):
VÍNCULO:	TELÉFONO PRINCIPAL: ()	TELÉFONO ALTERNATIVO: ()
RELATIONSHIP:	BEST PHONE:	ALTERNATE PHONE:
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:		
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		



NOMBRE: _____
 NAME: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: / /
 DATE OF BIRTH: _____
(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)

NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

NAMING A HEALTH CARE AGENT

Situaciones posibles:

Situations that may apply:

Ponga sus iniciales al lado de las afirmaciones de abajo que se apliquen a usted. Puede trazar una línea en las declaraciones que no se aplican a usted. Para obtener más información, vea el resumen de planificación anticipada de atención médica (ACP) y visite www.HonoringChoicesPNW.org o hable con su proveedor de atención médica.

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit www.HonoringChoicesPNW.org, or talk with your health care provider.

_____ Si nombro a mi cónyuge o pareja de hecho registrada como mi agente de atención médica y más tarde presentamos una disolución, anulación o separación legal, quiero que siga siendo mi agente de atención médica.

If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ No nombro a un agente de atención médica. Al compartir mis objetivos y valores en este formulario, se considerará una declaración de valores personales y no una directiva anticipada.

I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

¿Qué es lo que más me importa?

What matters most to me?

Esta sección lo ayuda a pensar en lo que más le importa. Esta información puede orientar a las personas que le importan a usted, como su agente de atención médica y sus seres queridos, para que tomen decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo usted mismo.

Considere la posibilidad de compartir lo siguiente:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself. Consider sharing:

- ¿Qué le gusta hacer, mental y físicamente?
What do you love to do, mentally and physically?
- ¿Qué importancia tiene para usted saber quién es y con quién está?
How important is it for you to know who you are and who you are with?
- ¿Qué importancia tiene para usted la comunicación con su familia y amigos?
How important is communicating with family and friends to you?
- ¿Qué significa para usted "vivir bien" o "tener un buen día"?
What does "living well" or "a good day" look like to you?
- ¿Qué es lo que más valora en la vida?
What do you value most in your life?

Lo siguiente es lo que más me importa: (Sea específico. Agregue páginas de ser necesario).

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)

NOMBRE:

NAME:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

DATE OF BIRTH:

(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)



PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA PREPARING A HEALTH CARE AGENT

¿Cuáles son mis creencias, preferencias y prácticas?

What are my beliefs, preferences, and practices?

Es importante que las personas que le importan a usted, como su agente de atención médica y sus seres queridos, y su equipo de atención médica conozcan sus creencias, preferencias y prácticas. Considere la posibilidad de compartir lo siguiente:

It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- ¿Qué le proporciona apoyo, consuelo y fuerza en los momentos difíciles?
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- ¿Qué tratamientos médicos desearía o no desearía (por ejemplo, transfusión de sangre, tratamiento del dolor, alimentación artificial)?
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- ¿Cómo se toman las decisiones de atención médica en su comunidad, cultura o familia?
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

Las siguientes creencias, preferencias y prácticas son importantes para mí: *(Sea específico. Agregue páginas de ser necesario).*

The following beliefs, preferences, and practices are important to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

Me gustaría que la(s) siguiente(s) persona(s) se pusiera(n) en contacto para apoyar mis creencias, preferencias y prácticas:

(No tendrán poder para tomar decisiones sobre la atención médica).

I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: *(They will not have power to make health care decisions.)*

NOMBRE:
NAME:

ROL:
ROLE:

TELÉFONO: ()

ORGANIZACIÓN:

PHONE:

ORGANIZATION:



NOMBRE:

NAME:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

DATE OF BIRTH:

*(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)*

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Al responder a las siguientes preguntas, comparto mis preferencias en materia de atención médica. Si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, quiero que mi agente de atención médica utilice esta información para guiar sus decisiones. Entiendo que esta información puede orientar mi atención, pero puede que no sea posible seguir mis deseos exactamente en cada situación.

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

RCP: ¿Cuáles son mis deseos?

CPR: What are my wishes?

La atención estándar en el estado de Washington consiste en proporcionar reanimación cardiopulmonar (RCP) a las personas si su corazón y su respiración se detienen. Esta sección puede orientar a su agente de atención médica y a los proveedores de atención médica sobre la conveniencia de realizar RCP si está hospitalizado y su corazón y respiración se detienen (también conocido como "medidas de reanimación").

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

Si me hospitalizan y mi corazón y mi respiración se detienen:

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- Quiero que se intente realizar RCP.
I want CPR attempted.
- Quiero que se intente realizar RCP, a menos que haya habido un cambio en mi salud, y tenga:
- I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
- pocas posibilidades de vivir una vida que se adapte a los objetivos y valores que he declarado en este formulario o que he discutido con mi agente de atención médica; o
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
 - una enfermedad o lesión que no se puede curar, y es probable que muera pronto; o
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
 - pocas posibilidades de sobrevivir, incluso si mi corazón vuelve a responder.
Little chance of survival even if my heart is started again.
- No quiero que se intente realizar RCP. Quiero que me dejen morir de forma natural. (Hable con su proveedor de atención médica sobre un formulario de POLST).
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

Soporte vital: ¿Cuáles son mis deseos?

Life Support: What are my wishes?

Su respuesta a continuación está destinada a orientar a su agente de asistencia médica. Responder a esta pregunta no convierte este formulario en una directiva de atención médica, que es una directiva para retirar o retener el tratamiento de soporte vital en situaciones específicas bajo la ley del estado de Washington. Para obtener más información, visite www.HonoringChoicesPNW.org o hable con su proveedor de atención médica.

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

Si estoy tan enfermo o lesionado que es probable que muera pronto o estoy en coma y no es probable que me recupere, quiero que mi agente de atención médica haga lo siguiente:

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

- Recorra a todos los tratamientos de soporte vital para mantenerme con vida aunque haya pocas posibilidades de recuperación. Quiero seguir con el soporte vital.
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.
- Recorra a todos los tratamientos de soporte vital que mis proveedores de atención médica crean que pueden ayudarme a recuperarme. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas posibilidades de vivir una vida que se ajusta a mis objetivos y valores, no quiero seguir con el soporte vital. Ante esa situación, permítame morir naturalmente.
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.
- Que me permita morir de forma natural. No quiero estar con soporte vital. Si se han iniciado tratamientos de soporte vital, quiero que se abandonen.
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.
- Quiero que mi agente de atención médica decida por mí.
I want my health care agent to decide for me.

NOMBRE: _____

NAME:

FECHA DE NACIMIENTO: / / _____

DATE OF BIRTH:

(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)

PREPARACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

Directivas adicionales

Additional Directions

Si me estoy muriendo y mi atención médica, sistema de apoyo y recursos lo permiten, mi preferencia sería morir en el siguiente lugar:

If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

En mi casa o en la de un ser querido (con hospicio si se desea).

At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

En un centro médico.

In a medical facility.

No tengo ninguna preferencia.

I do not have a preference.

Otro (especifique): _____

Other (please describe):

Si estoy embarazada y no puedo tomar decisiones de atención médica por mí misma, quisiera que mi agente de atención y

los proveedores de atención médica tengan en cuenta lo siguiente cuando tomen dichas decisiones en mi nombre:

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

Escriba cualquier información adicional que desee que su agente de atención médica, los proveedores de atención médica u otras personas conozcan sobre sus deseos de atención médica. Tenga en cuenta que sus deseos de donación de órganos y los planes para sus restos deben documentarse por separado.

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.



NOMBRE: _____

NAME:

FECHA DE NACIMIENTO: / / _____

DATE OF BIRTH:

(dd/mm/aaaa)
(mm/dd/yyyy)

AUTORIZACIÓN DE UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

Declaración de autoridad general y poderes de mi agente de atención médica: Autorizo a mi agente de atención médica a dar el consentimiento para los tratamientos médicos cuando no pueda tomar mis propias decisiones. Autorizo a mi agente de atención médica a llevar a cabo mis deseos con respecto a los tratamientos de soporte vital, como la reanimación cardiopulmonar, los respiradores, las sondas de alimentación, las transfusiones de sangre y la diálisis renal. Esto incluye el consentimiento para iniciar, continuar o interrumpir un tratamiento médico.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

Doy fe de lo siguiente: Entiendo la importancia y el significado de este poder notarial durable para la atención médica (DPOA-HC). Este formulario refleja mis elecciones de agente de atención médica y mis objetivos, valores y preferencias. He rellenado este formulario voluntariamente. Pienso con claridad. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Entiendo que puedo revocar y sustituir este formulario en cualquier momento. Revoco cualquier poder notarial durable para la atención médica anterior. Quiero que este DPOA-HC entre en vigor si un médico o un psicólogo autorizado determina que no tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica. Esta directiva continuará mientras dure mi incapacidad.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

MI FIRMA:

MY SIGNATURE:

FECHA:

DATE:

DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

Requisitos de los testigos o del notario

Witnesses or Notary Requirement

Debe hacer que su firma sea atestiguada por dos personas o reconocida por un notario.

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

OPCIÓN 1: DOS TESTIGOS

Option 1 - Two Witnesses

Declaración de los testigos: Declaro que cumplo las normas para ser testigo.

Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

FIRMA DEL TESTIGO 1:

WITNESS #1 SIGNATURE:

FECHA:

DATE:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

NAME PRINTED:

FIRMA DEL TESTIGO 2:

WITNESS #2 SIGNATURE:

FECHA:

DATE:

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:

NAME PRINTED:

OPCIÓN 2: NOTARIO

Option 2 - Notary

STATE OF WASHINGTON)
ESTADO DE WASHINGTON)

COUNTY OF _____)
CONDADO DE _____)

This record was acknowledged before me on this _____ day of _____,
Este registro fue reconocido ante mí en este _____ día de _____,

by (name of individual): _____
por (nombre de la persona): _____

Signature: _____ Title: _____ Exp: _____
Firma: _____ Cargo: _____ Vencimiento: _____

Normas para ser testigo:

Rules for Witnesses:

- Debe tener al menos 18 años y ser competente.
Must be at least 18 years of age and competent.
- No puede ser pariente de sangre suyo, de su agente de atención médica, de su cónyuge o pareja de hecho registrada en el estado.
Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- No puede ser su proveedor de atención domiciliaria o un proveedor de atención en un hogar familiar para adultos o en un centro de cuidados de larga duración donde usted vive.
Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- No puede ser su agente de atención médica designado.
Cannot be your designated health care agent.



NOMBRE: _____
NAME: _____
FECHA DE NACIMIENTO: / / _____
DATE OF BIRTH: (dd/mm/yyyy)
(mm/dd/yyyy)