

Planificación anticipada de cuidados médicos

— Cómo tomar y comunicar sus decisiones sobre el cuidado de la salud







Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de su salud. A pesar de esto, es posible que sufra una enfermedad o lesión que le impida tomar o comunicar tales decisiones.

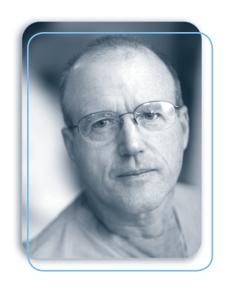
¿Qué sucede entonces?

La planificación anticipada de cuidados médicos significa que usted piense detenidamente en sus valores y prioridades, en el significado y la calidad de su vida. Incluso que comunique los deseos y las decisiones que nazcan de ese pensamiento.

Este folleto trae información y herramientas que lo ayudarán con la planificación anticipada de cuidados médicos. Úselo para ayudar a descubrir, aclarar y comunicar sus deseos sobre el cuidado médico y el tratamiento.

Contenido...

Acerca de la planificación anticipada de cuidados médicos	4
¿Qué incluye la planificación anticipada de cuidados médicos?	4
¿Cuándo debo hacer planes anticipados de cuidados médicos?	4
¿A quién hago participar en esta planificación?	5
Guía de conversación	6
¿Cómo comienzo la conversación?	6
¿De qué hablamos?	7
Valores	7
Problemas	8
Situaciones	9
Sobre los formularios del estado de Utah1	0
¿Quién puede completar estos formularios? 1	0
¿Debo completarlos?	0
¿Qué sucede si cambio de opinión? 1	0
Acerca de la Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah	2
Acerca de la Orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST, por sus siglas en inglés).	2
	_
Formularios 1	3
Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah	3
Orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST) muestra solamente1	9
Glosario2	1
Recursos 2	4



¿Por qué debería hacer planes anticipados de cuidados médicos?

La planificación puede resultar valiosa, y sumamente reconfortante, para usted y sus seres queridos. Según un estudio nacional, los pacientes que hablaron con sus familiares y médicos sobre sus preferencias para el cuidado médico al final de sus vidas:

- Sintieron menos miedo y ansiedad.
- Se sintieron más capaces de tomar decisiones sobre su cuidado médico.
- Sintieron que sus médicos comprendían mejor sus deseos.
- Entendieron mucho más y se sintieron más cómodos que antes de hablar al respecto.

Acerca de la planificación anticipada de cuidados médicos

La planificación anticipada de cuidados médicos significa contemplar detenidamente la posibilidad de que llegue un momento en que usted ya no sea capaz de tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de su salud. Es posible que este momento nunca llegue, pero de todas formas será valioso tomarse el tiempo para pensar, intercambiar ideas y dejar por escrito sus decisiones acerca de la planificación anticipada del cuidado de su salud. La planificación anticipada de cuidados médicos puede ayudarle a aclarar sus valores y a que usted y sus seres queridos se tranquilicen.

¿Qué incluye la planificación anticipada de cuidados médicos?

No existe ninguna lista oficial que le indique los temas que debe considerar en su planificación anticipada de cuidados médicos. Usted puede decidir el alcance de los temas y el nivel de detalle. Pero puede resultarle útil saber que la planificación anticipada de cuidados médicos suele incluir las siguientes inquietudes:

- ¿Existen situaciones en las que rechazaría determinados tratamientos o cuidados médicos? Es posible que sienta que algunos estados de salud son peores que la muerte. Con la planificación anticipada de cuidados médicos, puede expresar con sus propias palabras lo que significa vivir y morir.
- ¿Quién tomará las decisiones sobre su cuidado médico si usted no pudiera hacerlo? Es posible que llegue un día en que su médico deba pedirle a su cónyuge, hermanos/as o hijos/as que tome/n decisiones sobre su cuidado médico. ¿Están preparados para esta responsabilidad? ¿Quieren hacerlo? ¿Es posible que haya alguna otra persona que expresaría mejor sus deseos? La planificación anticipada puede ayudar a aclarar los roles.

Usted tiene la opción de completar formularios legales como parte de su planificación anticipada de cuidados médicos. La sección que comienza en la página 10 le muestra más información con respecto a esto.

¿Cuándo debo hacer planes anticipados de cuidados médicos?

Algunas veces, las circunstancias —como una hospitalización inesperada— darán lugar a una conversación sobre una planificación de cuidados médicos. En otros casos, puede elegir el momento para hablar sobre ello.

No existe el "momento perfecto" para comenzar con su planificación. Aun así, después de leer este folleto, es posible que sienta, como les sucede a muchas personas, que es mejor evaluar algunos de los temas que surgen en la planificación de cuidados médicos antes de que aparezca una emergencia médica.

Usted no sabe lo que le presentará el futuro. Pero, hoy puede hacer planes de cuidados médicos que le ayudarán a enfrentarlo con mayor confianza y claridad.

¿A quién hago participar en esta planificación?

Hable con personas cercanas a usted, aquéllas a quienes podría recurrir para que tomen decisiones por usted. Hable con todas las personas con las que se sienta a gusto. Pero tenga presente que, si en algún momento fuera hospitalizado, lo ideal sería que el personal médico pueda recurrir a una sola persona —su **representante de cuidado médico**— para que tome decisiones por usted.

Usted puede elegir a su apoderado de atención médica completando un formulario legal (consulte la página10). Asegúrese de que sus seres queridos sepan a quién eligió.

Un buen representante de cuidados médicos...

- Debe ser mayor de edad
- Debe vivir cerca de su domicilio o poder viajar para estar con usted
- Debe conocerlo bien y comprender sus deseos, creencias y actitudes
- Puede ser un defensor firme y con personalidad ante la existencia de opiniones contradictorias
- Hablará con usted sobre cuestiones delicadas

Utilice la información que se muestra en las siguientes páginas para compartir sus deseos y preferencias con su representante de cuidados médicos.

"¿Puede hacer esto por mí?"

Cuando comienza a hablar sobre sus deseos de cuidados médicos con otras personas, asegúrese de hacerles saber el motivo por el que se los puede llamar. Dígale: "Como eres la persona elegida para que hables por mí, es posible que debas...".

- **Recibir la información médica** que yo recibiría si pudiera hablar al respecto con mis médicos y formular preguntas.
- Hablar sobre opciones de tratamiento o solicitar consultas y segundas opiniones.
- Aprobar o rechazar tratamientos o pruebas médicas Esto puede incluir el tratamiento de soporte vital.
- Autorizar una derivación, si fuera necesario, a otro médico, el traslado a otro hospital u otro tipo de instalación (como una institución de enfermería especializada).

¿Quién puede ayudar?

Puede resultarle útil hablar con alguna persona que esté familiarizada con los conceptos, los formularios y la terminología relacionados con la planificación anticipada de cuidados médicos. En un hospital u otra instalación, puede solicitar hablar con alguna persona sobre la planificación anticipada de cuidados médicos. Muchos trabajadores sociales, consejeros, abogados y proveedores de atención médica tienen la experiencia y la capacitación necesarias para ayudarlo a usted y a sus seres queridos a elaborar estos planes.



Una conversación constante...

La planificación anticipada de cuidados médicos es un trabajo permanente. Esto se debe a que, a medida que las circunstancias cambian, usted también puede cambiar de opinión. Mantenga la conversación abierta, vuelva a considerar sus decisiones (y actualice los formularios) cada vez que lo necesite.

Guía de conversación

Los expertos señalan que una conversación reflexiva con las personas en quienes usted confía es la parte más valiosa de la planificación anticipada de cuidados médicos. Esta sección incluye preguntas y situaciones que lo ayudarán a descubrir y compartir lo que usted considera más importante en caso de padecer una enfermedad grave.

¿Cómo comienzo la conversación?

Ya sea que esté hablando sobre sus propios deseos o intentando descifrar los deseos de cualquier otra persona cercana a usted, comenzar una conversación sobre la planificación de cuidados médicos puede resultar algo difícil. Pero si su familia sabe que usted desea hablar, es posible que estén más dispuestos de lo que cree. Para comenzar a hablar sobre la planificación anticipada de cuidados médicos, considere las formas que se mencionan a continuación.

Reflexione sobre la experiencia de algún familiar suyo.

"Cuando el tío Martín murió, les simplificó mucho todo a sus hijos. Todos sabían qué tipo de cuidado médico deseaba y no deseaba recibir. Todos se veían tan tranquilos en sus últimos días".

"Me pregunto si la abuela hubiera querido que su vida terminara como sucedió. No creo que quisiera que la recordáramos de la forma en que se sentía en esos últimos días".

Siga los ejemplos de la cultura popular.

"¿Vio/vieron ese episodio de ER donde el muchacho estaba conectado a un equipo de soporte vital de por vida? Quiero hablar acerca de cómo será en mi caso".

"Escuché que mi actriz favorita no quería estar conectada a un equipo de soporte vital durante los últimos días de su vida. Pero lo que no puedo comprender es cuál es el límite entre la medicina normal y la intervención forzada".

Exponga el tema cuando esté en un funeral o leyendo los obituarios.

"Me pregunto cómo habrán sido las últimas semanas de vida de estas personas. Cuando sea mi turno, quiero..."

"Dicen que murió tras una larga batalla contra el cáncer. No estoy seguro de querer una larga batalla, si me sucediera a mí. En cambio, prefiero..."

Hable en términos de las necesidades de otra persona.

"Mi médico dice que debo informarle quién tomará mis decisiones médicas si yo no pudiera hacerlo".

"Mi abogado necesita saber qué tipo de cuidado médico estoy planificando para el final de mi vida".

"Sé que usted se sentiría mejor si comprendiera realmente todo lo que quiero".

¿De qué hablamos?

Cuando se sienta por primera vez a hablar sobre sus cuidados médicos futuros, es posible que no tenga una idea clara de lo que será mejor para usted. Es algo normal. El hecho de mantener esta conversación puede ayudarle a descubrir lo que desea. Trate de que los puntos indicados más abajo le ayuden tanto a usted como a sus seres queridos a comprender buenas formas de manejar una variedad de situaciones posibles.

1 Hable acerca de VALORES básicos

La manera en que se siente ante determinados factores permanece constante en muchas situaciones. Hable acerca de sus creencias y temores básicos sobre la salud, la enfermedad y los últimos días de su vida. Esto contribuirá a que su representante de cuidados médicos tenga una idea más clara en el momento de tomar decisiones por usted en una variedad de situaciones.

Considere lo siguiente:

•	¿Tiene creencias básicas sobre la vida y la medicina?
	¿Cree que la vida se debe preservar a cualquier costo? ¿Cree que la vida no se debe prolongar mediante una intervención extensa? ¿Existen algunos tratamientos médicos que contradigan sus creencias?
	Notas:
•	Describa cuál es su idea de una muerte digna. ¿Cuál es un buen lugar para estar? ¿Quién está allí? ¿Cuánto tiempo lleva? ¿Qué sucede en el momento
	(días o semanas) antes de su muerte?
	Notas:
	.Cuál de les elevitentes en dense le de más miede?
•	¿Cuál de las siguientes opciones le da más miedo?
	Dolor
	Perder la capacidad de pensar
	Perder la capacidad para comunicarse
	☐ Ser una carga financiera para sus seres queridos
	Ser desconectado del equipo de
	soporte vital demasiado pronto
	Constitution of the second of

2 Hable acerca de PROBLEMAS que pueden afectar sus decisiones de cuidados médicos

El tratamiento médico que usted desea depende de su salud y situación cambiantes. Cuando piense en lo que desea, recuerde que estas cuestiones pueden ser un factor influyente:

 Pronóstico. Dadas las diferentes opciones de tratamiento, ¿cuáles son las posibilidades que usted tiene de recuperar la salud o de prolongar la vida? ¿Su pronóstico afectaría sus decisiones sobre el cuidado médico? ¿De qué forma?

Notas:			

• **Duración y capacidad invasiva del tratamiento.** ¿Cuánto durará el o los tratamientos? ¿Cuál será la intensidad del dolor? ¿Cuál será el costo? ¿De qué formas —si las hubiera— podrían las respuestas a estas preguntas afectar sus decisiones sobre los cuidados médicos?

Notas:			

• **Escenario.** Para este tratamiento o nivel de cuidados médicos, ¿deberá ser trasladado a una institución de enfermería especializada o a cualquier otra instalación? ¿Cuáles son las posibilidades que tiene de regresar a su hogar después de haber sido sometido al tratamiento? ¿Qué opina sobre ser hospitalizado? ¿Qué piensa de los centros de cuidado de hospicio (centros que se preocupan de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente)?

Notas:	

Asistencia diaria. ¿Aceptaría ser cuidado por un miembro de su familia? ¿Un profesional? ¿Un voluntario?
 ¿Qué piensa acerca de ser bañado o alimentado por una persona a cargo de su cuidado si no pudiera hacerlo por sus propios medios?

Notas:			



3 | Hable acerca de diferentes SITUACIONES

Incluso si ha considerado sus creencias básicas y los factores que pueden afectar las decisiones sobre los cuidados médicos, puede resultar difícil predecir cuál es el plan indicado para usted. Es posible que le sea más fácil pensar en lo que usted quisiera en una situación específica. Por este motivo, veamos distintas situaciones. ¿Qué tipo de tratamiento le gustaría recibir?

• Ha sufrido un accidente cerebrovascular. Está consciente pero no puede comunicarse ni cuidarse por sus propios medios. Vive en un centro de cuidados médicos de tiempo completo. Su familia viene a visitarlo periódicamente. Cuando ya no sea posible alimentarlo con una cuchara, ¿aceptaría alimentarse a través de un tubo?



	neimer. Usted vive con su hija pero ya no la reconoce. Su hija contrató a alguien para qu	
este año. La p	ntras ella trabaja pero implica mucho gasto para su familia. Ha tenido neumonía tres vec óxima vez que sufra neumonía, ¿desea tomar antibióticos o simplemente asegurar su bio nto de su muerte?	
Notas:		
que se recupe un equipo de	en estado vegetativo crónico desde hace 16 meses. Sus médicos no tienen esperanze. En su Testamento vital, usted manifestó que no quiere que lo mantengan con vida medoporte vital. A pesar de ello, sus hijos no están de acuerdo en desconectarlo del equipo. ¿gan los deseos estipulados prefiere que ellos decidan por usted?	diante
Notas:		

Sobre los formularios del estado de Utah

Esta sección brinda instrucciones y un formulario de muestra para los dos documentos legales más comúnmente utilizados como parte de la planificación anticipada de la atención médica del estado de Utah. Los formularios son:

- Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah
- Orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST)

Conjuntamente con otros formularios (tales como el Poder especial y el Testamento en vida), el formulario de la Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah se conoce frecuentemente como una directiva anticipada.

¿Quién puede completar estos formularios?

Cualquier persona mayor de 18 años—que sea capaz de tomar decisiones razonadas—está facultada legalmente para completar estos formularios.

¿Debo completarlos?

Es su elección completar estos formularios como parte de la planificación anticipada de la atención médica. Sin embargo, puede ayudarle saber que:

- Muchas personas eligen completar un formulario de Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah antes de enfrentar una lesión o enfermedad grave. Lo hacen movidos por el deseo de ahorrarles a sus seres queridos la presión de tener que tomar esa clase de decisiones durante una crisis médica.
- La orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST) casi siempre se completa en respuesta a una amenaza específica de la salud.
 Para completar este formulario, debe obtener el asesoramiento de su equipo médico.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Usted puede cambiar o revocar (cancelar) cualquiera de estos formularios en cualquier momento. Sólo siga las instrucciones para cada formulario.

FORMULAR	IOS a prim	era vista	
	Formulario	Para qué sirve	Cuándo entra en vigencia
Este formulario puede ser completado en cualquier momento.	Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah	 Este formulario le permite: Identificar a la persona que desea designar para que tome decisiones de atención médica en su nombre, si usted no puede participar en la toma de decisiones. Esta persona es su apoderado de atención médica. Otorgar a su apoderado de atención médica o a su equipo medico el derecho de retener o cancelar los tratamientos para prolongar la vida bajo ciertas circunstancias que usted puede especificar en el formulario. 	La Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah entra en vigencia cuando usted por alguna razón no puede seguir tomando decisiones por sí mismo.
Este formulario debe ser completado con ayuda de su equipo médico, generalmente en respuesta a una amenaza específica del cuidado de la salud.	Orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST)	Orienta al equipo médico en cuanto a la atención y al tratamiento que usted desea recibir o cancelar. La POLST es transferible, es decir que las instrucciones se cumplen sin importar el lugar donde reciba tratamiento—hospital, hogar, casa de reposo, o residencia para enfermos terminales.	La POLST entra en vigencia inmediatamente—una vez que se completa y se firma la orden.

Para obtener más respuestas a sus preguntas sobre estos formularios, consulte el glosario de términos médicos de la página 21, y las instrucciones específicas para los formularios de las páginas 11 y 12. Si aún tiene dudas, consulte a su equipo médico o su abogado. Muchas instituciones de atención médica cuentan con personal capacitado para ayudarlo con la planificación anticipada de su atención médica. Consulte los recursos enumerados en la contratapa.

Acerca de la Directiva anticipada de atención médica del estado de Utah

Conforme a la Sección 75-2a-117, Código Anotado de Utah (UCA, por sus siglas en inglés)

Una Directiva anticipada de atención médica del estado de utah es un documento legal que le permite:

- Identificar a la persona que tomará decisiones por usted si no puede tomarlas o
 expresarlas por sí mismo. También le otorga a esa persona—su apoderado de
 atención médica—el derecho legal de hacerlo. En el formulario usted puede
 especificar qué facultades desea que tenga o no su apoderado. Por ejemplo,
 usted puede decidir si su apoderado puede actuar como su tutor legal, decidir
 sobre la donación de órganos, o anular sus deseos expresados con anterioridad.
- Otorgar a su apoderado de atención médica o a su equipo médico el derecho de retener o cancelar los tratamientos para prolongar la vida bajo ciertas circunstancias que usted puede especificar en el formulario.

La Directiva anticipada de atención médica es un documento muy flexible. Usted puede completar algunas o todas las partes del formulario. Por ejemplo, puede elegir no designar a un apoderado de atención médica y usar el formulario sólo para registrar sus deseos acerca del tratamiento para prolongar la vida. O puede elegir designar a un apoderado y otorgarle el derecho de decidir acerca del tratamiento para prolongar la vida, si surge la necesidad.

¿Quién debe completarlo?

- **Usted** debe completar los espacios en blanco en las Partes I y II. En la Parte IV, usted debe firmar y colocar la fecha al formulario en presencia de un testigo.
- Un testigo debe observar mientras usted firma el formulario y luego firmarlo en la Parte
 IV. El testigo puede ser cualquier persona que tenga al menos 18 años de edad y:
 - · NO tenga un vínculo sanguíneo o matrimonial con usted
 - NO sea el apoderado que usted designó en el formulario
 - NO sea responsable de su atención médica, sea en forma financiera o como proveedor de cuidado
 - NO sea alguien que se beneficiará financieramente con su muerte (por ejemplo, un beneficiario de su póliza de seguro de vida o un heredero)

Las directivas orales (habladas) también son legales. Usted puede contarle a un testigo sus deseos y pedirle que los registre en el formulario junto con las circunstancias.

¿Cuándo entra en vigencia?

Una Directiva anticipada de atención médica de Utah entra en vigencia sólo si usted no puede tomar o comunicar sus propias decisiones sobre el cuidado de su salud. Un médico debe examinarlo personalmente para confirmar que se cumple con esta condición.

¿Dónde la guardo?

- Conserve el original en un lugar seguro y de fácil acceso. (NO se recomienda que lo deposite en una caja de seguridad.)
- Tenga una copia para entregar a su equipo médico cada vez que ingrese al hospital o a cualquier otra institución de atención médica.
- Entregue copias a sus seres queridos, a su apoderado de atención médica (si lo tiene) y a su médico.

¿Cómo realizo cambios?

Puede hacer cambios o revocar (cancelar) su Directiva anticipada de atención médica en cualquier momento. Es posible comunicar los cambios verbalmente a un testigo, o de las siguientes formas:

- Para cambiar su Directiva anticipada de atención médica, destruya el formulario anterior y complete uno nuevo, con una fecha y firmas nuevas.
- Para revocar su Directiva anticipada de atención médica, sólo destruya el formulario, escriba ANULADO o una nota que diga que revoca el documento. (Recuerde firmar y colocarle fecha a la nota, y pedir a un testigo que haga lo mismo).



Consulte las páginas 13 y 18 para ver una muestra del formulario.

Ejemplo de uso

Una mujer ha quedado en coma luego de una larga batalla contra el cáncer. Su hijo, el apoderado que ella identificó en su formulario de Directiva de atención médica ahora será el encargado de decidir si ella recibirá más tratamientos contra el cáncer. Como ayuda para tomar la decisión, puede tener en cuenta las condiciones que su madre especificó en la Parte II del formulario de Directiva.

¿Qué sucede con un Testamento en vida o un Poder especial?

El formulario de la Directiva anticipada de atención médica cumple la función de los dos documentos legales, el Poder especial y el Testimonio en vida. Si usted tiene una Directiva anticipada de atención médica, no necesita los otros formularios. (Si los tiene, se cumplirá el/ los formulario/s firmados más recientemente.)

	Utah Life wit	e Sustaining Treatment h Dignity Order
	State of Utah	Nuls (NESZ-108
medical terrical or a promision patient and the most sign if the condition makes	ner order share) knowl on pullent arrives and other for little sublameng in solitiment. Make this amine for yearship part of the publiship sectors. Both the publish lammand olge ship order clare propositions a patient is a refere shift. When the publish's on this use applicable, the follow this solite, and any, contact the slighting ship states.	Land Science of Parliamin Filter Hauman Middle In Half: Each of Earth
Physidenic Physidenic		If heriton Claim of this Delice
		NUO PROVIDE THE FURSIST TREATMENT DESCRIBED IN THE WIDY A TREATMENT CHECKED AN AMOTHER SECTIONS
Section A. Chet on	The attenue agricum when the patient least ap. Afterget to transitate Do not all the victorizons is self-transit.	salsa and is not breathing length or continue any resolutivalism (DRA)
terfine E Out on	Sectional options when the polled has a pa- Conflot measure, safe for inclination rape, patients, words, and also measure forth and including of the polled Reaches of the Charlest and a contract the charlest offsetted measured at current safting.	and, reposable afters to other book and flash profit, medicators, as to relate pain and subsequit Preside privacy and regard for the to benightal early if conflict treasures can no conger be and where Tilling also include authors treatment of armany observation, for internal conflict control treatment and armany observation, for internal conflict control to the benefit or to leavage of the discussed.
	The disease aprises where the publish (e.g. p.) Conduct measures sale, for inclinating a person of the publish (e.g. p.) Spatial business of the publish Standard or the control setting. Learning a fitting of the publish setting in the publish of the publish in the publish of the published and inclinations of the published an	and, reposable afters to other book and flash profit, medicators, as to relate pain and subsequit Preside privacy and regard for the to benightal early if conflict treasures can no conger be and where Tilling also include authors treatment of armany observation, for internal conflict control treatment and armany observation, for internal conflict control to the benefit or to leavage of the discussed.

Consulte la página 19 para ver una muestra del formulario.

Ejemplo de uso

Un hombre gravemente enfermo es enviado a un hospital, luego trasladado a un centro de cuidado del hospicio. Cuando lo derivan de un lugar a otro, lleva consigo el formulario POLST. Por tal motivo, todas las personas encargadas de su atención médica conocen en todo momento sus deseos sobre el cuidado médico y el tratamiento.

Sobre la orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST, por sus siglas en inglés)

Regla R426-100, "Vida con Dignidad", de los Servicios Médicos de Emergencia del Estado de Utah

La Orden médica para tratamientos que mantienen la vida (POLST) incluye instrucciones (órdenes) para sus médicos y cualquier otra persona encargada de la atención médica. La POLST especifica sus deseos para el tratamiento de soporte vital y cualquier otro tratamiento. Se trata de un formulario transferible, es decir, que las instrucciones se aplican sin considerar el lugar donde está recibiendo el cuidado médico, hospital, hogar, instalación de enfermería especializada o centro de cuidados paliativos.

¿Quién debe completarlo?

- **Usted** o su representante de cuidados médicos debe hablar con un proveedor de atención médica (ver más adelante) para confeccionar el formulario POLST. Usted debe firmar e indicar la fecha en el formulario en la sección F. Su firma indica que está de acuerdo en que el formulario representa sus preferencias para el tratamiento de soporte vital en este preciso momento.
- Un proveedor de atención médica como una enfermera, un médico, un trabajador social, una enfermera con práctica médica o un asistente médico puede hablar con usted para confeccionar el POLST. Esta persona debe firmar e indicar la fecha en el formulario en la sección F.
- Un médico o cualquier otro profesional médico con licencia (enfermera con práctica médica, asistente médico o enfermera con práctica avanzada) también puede analizar el formulario y firmarlo en la sección F. Tenga presente que esta persona podría, además, ser la persona que prepare el formulario previa consulta con usted, según se describe más arriba.
- Si la POLST se refiere a un menor (niño), las órdenes deberán ser firmadas por el padre o quardián y dos proveedores de cuidados.

¿Cuándo entra en vigencia?

Las órdenes de un POLST entran en vigencia de inmediato—en el momento en que se completa y firma el formulario. (La mayoría de las personas deberá completar un formulario POLST solamente ante una grave amenaza para la salud). Tenga presente que su formulario POLST debe ser analizado y actualizado con su equipo médico cada vez que sea trasladado de un centro de atención médica a otro y siempre que su estado de salud cambie.

¿Dónde debo guardarlo?

- Guarde la forma original de la POLST en su hogar, en un lugar visible o en donde pueda encontrarla fácilmente. La mayoría de la gente la mantiene sobre el refrigerador o en la pared que está sobre la cama. Si la POLST se refiere a un menor (niño), es recomendable que la mantenga en el tubo EMS-C en el entrepaño superior de la puerta, dentro de la nevera.
- Lleve su formulario POLST consigo cada vez que se dirija a un hospital o instalación de enfermería especializada o siempre que sea trasladado de un departamento o instalación de atención médica a otro.
- Entregue el formulario POLST a su equipo médico para que lo incluyan en su historial clínico y así puedan consultarlo para asegurarse de que están siguiendo sus deseos.
- Entregue una copia de su POLST a su apoderado de atención médica, si lo tuviera.

¿Cómo realizo cambios?

Usted puede modificar su POLST en cualquier momento. De hecho, debe analizar y actualizar el POLST con su equipo médico cada vez que sea trasladado de un centro de atención médica a otro y siempre que su estado de salud cambie.

- Para realizar un cambio a las órdenes durante una emergencia médica, simplemente puede comunicar a su equipo médico sus deseos.
- Para realizar un cambio formalmente, deshágase o anule el formulario original (ver más adelante) y complete uno nuevo con la ayuda de su médico.
- Para anular (cancelar) la forma, usted mismo(a) puede hacerlo rompiendo la forma o escribiendo "VOID" a través de ella. Sin embargo, si su médico quiere anular la POLST, se debe hacer por escrito y debe estar firmado y fechado por el agente.

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Pursuant to Utah Code Sections 75-2a-117 effective 2008 (Conforme a la Sección 75-2a-117 del Código de Utah, vigente desde 2008)* Part I (Parte I): Allows you to name another person to make health care decisions for you when you cannot make decisions or speak for yourself. (Le permite designar a una persona que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones o hablar por usted mismo.) Allows you to record your wishes about health care in writing. (Le permite registrar por escrito sus deseos sobre su Part II (Parte II): atención médica.) Part III (Parte III): Tells you how to revoke or change this directive. (Le indica cómo cambiar o revocar esta directiva.) **Part IV** (Parte IV): Makes your directive legal. (Le otorga validez legal a su directiva.) My Personal Information (Datos Personales) Name (Nombre): Street Address (Dirección): City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal):____ **Telephone** (*Teléfono*): () **Cell Phone** (*Teléfono Celular*): () **Birth Date** (Fecha de nacimiento): **Part I**: My Agent (Health Care Power of Attorney) Parte I: Mi Representante (Poder para Decisiones de Atención Médica) **A.** No Agent (No deseo designar un Representante): If you do not want to name an agent, initial the box, below, then go to Part II; do not name an agent in **B** or **C** below. No one can force you to name an agent. (Si usted no desea designar un representante, escriba sus iniciales en el siguiente casillero, luego pase a la Parte II; no designe ningún representante en B o C. Nadie puede obligarlo a designar un representante.) I do not want to choose an agent. (No deseo designar un representante.) **B.** My Agent (*Mi Representante*): Agent's Name (Nombre del Representante):_____ Street Address (Dirección): City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal): _____ **Telephone** (*Teléfono*): (_____) ____ **Cell Phone** (*Teléfono Celular*): (_____) **Birth Date** (Fecha de nacimiento): **C. My Alternate Agent** (*Mi Representante Suplente*): This person will serve as your agent if your agent, named above, is unable or unwilling to serve. (Esta persona actuará como su representante en caso de que su representante ya designado, no pueda o no desee representarlo.) **Agent's Name** (Nombre del Representante suplente): Street Address (Dirección): City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal):
 Telephone (Teléfono): (______)
 Cell Phone (Teléfono Celular): (______)

Birth Date (Fecha de nacimiento):

^{*}This document is identical to the statutory form. (Este documento es idéntico al formulario establecido por ley.)

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney) (continued)

(Parte I: Mi Representante (continuación))

D. Agent's Authority (Facultad de mi representante):

If I cannot make decisions or speak for myself (in other words, after my physician or APRN finds that I lack health care decision making capacity under Section 75-2a-104 of the Advance Health Care Directive Act), my agent has the power to make any health care decision I could have made such as, but not limited to: (En caso de no poder tomar decisiones o hablar por mí mismo (es decir, luego de que mi médico o enfermera registrada de prácticas avanzadas (APRN, por sus siglas en inglés) determine que carezco de capacidad para tomar decisiones referentes a mi atención médica, conforme a la Sección 75-2a-104 de la Ley de Directiva para la Predisposición de la Atención Médica), mi representante tiene la facultad de tomar cualquier decisión sobre mi atención médica que podría haber tomado yo, tales como pero sin limitarse a):

- Consent to, refuse, or withdraw any health care. This may include care to prolong my life such as food and fluids by tube, use of antibiotics, CPR (cardiopulmonary resuscitation), and dialysis, and mental health care, such as convulsive therapy and psychoactive medications. This authority is subject to any limits in paragraph F of Part I or in Part II of this directive. (Aceptar, rechazar o cancelar cualquier tipo de atención médica. Esto puede incluir tratamientos de soporte vital (para prolongar mi vida), la ingesta de alimentos y líquidos por intubación, uso de antibióticos, resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), y diálisis, y atención de salud mental, como terapia convulsiva y medicamentos psicoactivos. Esta autoridad está sujeta a las limitaciones especificadas en el párrafo F de la Parte I o en la Parte II de esta directiva.)
- Hire and fire health care providers. (Contratar o despedir a proveedores de atención médica.)
- Ask questions and get answers from health care providers. (Hacer preguntas y obtener respuestas de los proveedores de atención médica.)
- Consent to admission or transfer to a health care provider or health care facility, including a mental health facility, subject to any limits in paragraphs E or F of Part I. (Aceptar la admisión o transferencia a un proveedor de atención médica o una institución de atención médica, incluyendo instituciones de atención psiquiátrica, sujeto a las limitaciones establecidas en el párrafo E o F de la Parte I.)
- Get copies of my medical records. (Obtener copias de mis registros médicos.)

Name (Nombre):

• Ask for consultations or second opinions. (Solicitar consultas o segundas opiniones.)

My agent cannot force health care against my will, even if a physician has found that I lack health care decision making capacity. (Mi representante no puede hacer que reciba atención médica contra mi voluntad, ni siquiera cuando un médico haya determinado que carezco de capacidad para tomar decisiones referentes al cuidado de mi salud.)

E. Other Authority (Ot	ras facultades):
my agent to: (Mi represent	below ONLY IF I initial the "YES" option that precedes the statement. I authorize ante tiene las facultades establecidas a continuación SÓLO SI marco la opción "SÍ" que itorizo a mi representante a):
YES (SÍ)NO	Get copies of my medical records at any time, even when I can speak for myself. (Obtener copias de mis registros médicos en cualquier momento, aún cuando yo pueda hablar por mí mismo.)
YES (SÍ)NO	Admit me to a licensed health care facility, such as a hospital, nursing home, assisted living, or otherfacility for long-term placement other than convalescent or recuperative care. (Ingresarme a una institución médica registrada, como un hospital, casa de reposo, residencia de apoyo, o cualquier otra institución para un internamiento de largo plazo que no sea por convalecencia o rehabilitación.)

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney) (continued) (Parte I: Mi Representante (continuación))

I wish to limit or expand	f Authority (Límites/extensión de la autoridad): the powers of my health care agent as follows: facultades de mi representante de atención médica de la siguiente manera):
G. Other Authority (Otras facultades):
Even though appointing necessary. Initial the "YE unwilling to serve, your a (Aunque designar a un represiniciales la opción "SÍ" si des	an agent should help you avoid a guardianship, a guardianship may still be S" option if you want the court to appoint your agent or, if your agent is unable or alternate agent, to serve as your guardian, if a guardianship is ever necessary. Is sentante lo ayude a evitar una tutoría, la misma todavía puede ser necesaria. Marque con sus sea que el tribunal le asigne un representante o, en caso de que su representante no pueda o no esentante suplente actúe como su tutor, si es que una tutoría es necesaria.)
YES (SÍ)NO	I, being of sound mind and not acting under duress, fraud, or other undue influence, do hereby nominate my agent, or if my agent is unable or unwilling to serve, I hereby nominate my alternate agent to serve as my guardian in the event that, after the date of this instrument, become incapacitated. (Yo, en pleno uso de mis facultades mentales y sin actuar bajo coacción, fraude, u otro tipo de influencia indebida, por la presente designo a mi representante o, en caso de que mi representante no pueda o no desee representarme, designo a mi representante suplente, para que actúe como mi tutor en caso de que, con posterioridad a la fecha de este documento, yo quede incapacitado.)
H. Consent to Particip investigaciones médi	pate in Medical Research: (Consentimiento para participar en cas):
YES (Sĺ)NO	I authorize my agent to consent to my participation in medical research or clinical trials, even if I may not benefit from the results. (Autorizo a mi representante a aceptar mi participación en investigaciones médicas o ensayos clínicos, aún cuando no me beneficie con los resultados.)
I. Organ Donation (Do	onación de órganos):
	If I have not otherwise agreed to organ donation, my agent may consent to the donation of my organs for the purpose of organ transplantation. (Si no he manifestado mi voluntad de donar mis órganos de algún otro modo, mi representante puede aceptar la donación de mis órganos para transplantes.)

Name (Nombre):

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part II: My Health Care Wishes (Living Will)

(Parte II: Mis deseos sobre mi Atención Médica (Testamento vital))

I want my health care providers to follow the instructions I give them when I am being treated, even if my instructions conflict with these or other advance directives. My health care providers should always provide health care to keep me as comfortable and functional as possible.

(Deseo que mis proveedores de atención médica sigan las instrucciones que les dé cuando esté bajo tratamiento, aún cuando mis instrucciones contradigan éstas u otras directivas anticipadas. Mis proveedores de atención médica siempre deben brindarme asistencia médica para que pueda permanecer cómodo y funcional tanto como sea posible.)

Choose only one of the following options, numbered Option 1 through Option 4, by placing your initials before the numbered statement. Do not initial more than one option. If you do not wish to document end-of-life wishes, initial Option 4. You may choose to draw a line through the options that you are not choosing.

(Elija solo una de las siguientes opciones, de la Opción 1 a la Opción 4, colocando sus iniciales antes de la declaración numerada. No marque con sus iniciales más de una opción. Si no desea documentar sus deseos para el final de la vida, coloque sus iniciales en la Opción 4. Puede trazar una línea sobre las opciones que no elija.)

Option 1 (Opción 1)

I choose to let my agent decide. I have chosen my agent carefully. I have talked with my agent about my health care wishes. I trust my agent to make the health care decisions for me that I would make under the circumstances.

(Elijo permitir que mi representante decida. He seleccionado cuidadosamente a mi representante. He dialogado con mi representante sobre mis deseos en relación con mi atención médica. Confío en que mi representante tomará las decisiones de atención médica que yo tomaría bajo las mismas circunstancias.)

Initial (Marcar)

Additional Comments (Comentarios adicionales):

Option 2 (Opción 2)

I choose to prolong life. Regardless of my condition or prognosis, I want my healthcare team to try to prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

(Elijo prolongar mi vida. Más allá de mi estado de salud o del pronóstico médico, deseo que mi equipo de atención médica intente prolongar mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.)

Other (Otros):

Initial

(Marcar)

Name	(Nombre):	

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part II: My Health Care Wishes (Living Will) (continued)

(Parte II: Mis deseos sobre mi Atención Médica (Testamento vital) (continuación))

Option 3 (Opción 3)					
Initial (Marcar)	prolongin antibiotics, I always w will keep n	cot to receive care for the purpose of g life, including food and fluids by tube, CPR, or dialysis being used to prolong my life. ant comfort care and routine medical care that he as comfortable and functional as possible, t care may prolong my life.	(Elijo no recibir atención con el propósito de prolongar mi vida, incluyendo la ingesta de alimentos y líquidos por intubación, el uso de antibióticos, el suministro de CPR, o de diálisis. Deseo recibir siempre cuidados orientados al bienestar y atención médica de rutina para permanecer tan cómodo y funcional como sea posible, aún cuando ese tipo de atención prolongue mi vida.)		
If you cho	If you choose this option, you must also choose either (a) or (b), below (Si elige esta opción, también debe elegir (a) o (b), a continuación)				
	(a) I put no limit on the ability of my health care provider or agent to withhold or withdraw life-sustaining care. If you selected (a), above, do not choose any options under (b).		(a) (No impongo limitaciones en la capacidad de mi proveedor de atención médica o mi representante para mantener o cancelar la atención para prolongar la vida. Si seleccionó la opción (a), no elija ninguna de las opciones de (b).)		
	(b) My health care provider should withhold or withdraw life-sustaining care if at least one of the initialed conditions is met:		(b) (Mi proveedor de atención médica debe mantener o cancelar la atención para prolongar la vida, si se cumple al menos una de las condiciones marcadas:)		
		I have a progressive illness that will o (Tengo una enfermedad progresiva que			
You may initial more than one option			I am close to death and I am unlikely to recover (Estoy cerca de la muerte y es poco probable que me recupere)		
(Puede marcar más de una opción)			I cannot communicate and it is unlikely that my condition will improve (No puedo comunicarme y es poco probable que mi estado de salud mejore)		
			I do not recognize my friends or family and it is unlikely that my condition will improve (No reconozco a mis familiares y amigos y es poco probable que mi estado de salud mejore)		
		I am in a persistent vegetative state (Me encuentro en estado vegetativo pe	I am in a persistent vegetative state (Me encuentro en estado vegetativo persistente)		
Other (Otros):					
Option 4 (Opción 4)					
Initial (Marca	I do not wish to express preferences about health care wishes in this directive.		(No deseo expresar preferencias de mis deseos referentes a mi atención médica en esta directiva.)		
Other (Oti	ros):				
Additional instructions about your health care wishes: (Instrucciones adicionales sobre sus deseos con respecto a su atención médica):					

If you do not want emergency medical service providers to provide CPR or other life sustaining measures, you must work with a physician or APRN to complete an order that reflects your wishes on a form approved by the Utah Department of Health. (Si usted no desea que los proveedores de atención médica de emergencia le suministren CPR o algún otro método para prolongar la vida, debe pedir ayuda a un médico o un(a) APRN para completar una orden que refleje sus deseos en un formulario aprobado por el Departamento de Salud de Utah.)

NI /N/ / /-		
Name (Nombre):		

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Part III: Revoking or Changing a Directive (Parte III: Cambiar o Revocar una Directiva)

I may revoke or change this directive by (Puedo cambiar o revocar esta directiva si):

- Writing "void" across the form, burning, tearing, or otherwise destroying or defacing this document or directing another person to do the same on my behalf (Escribo "anulado" en el formulario, quemo, rompo, o de otro modo destruyo o desfiguro este documento o pido a otra persona que lo haga en mi nombre);
- Signing a written revocation of the directive, or directing another person to sign a revocation on my behalf (Firmo una revocación por escrito de la directiva, o pido a otra persona que firme una revocación en mi nombre);
- Stating that I wish to revoke in the presence of a witness who: is 18 years of age or older, will not be appointed as my agent in a substitute directive; who will not become a default surrogate if the directive is revoked; and signs and dates a written document confirming my statement; or (Declaro que deseo revocar la directiva en presencia de un testigo que: tiene 18 años de edad o más; no será designado como mi representante en una directiva sustituta; no se convertirá en un sustituto por defecto si la directiva es revocada; y firma y coloca fecha a un documento escrito que confirma mi declaración; o)
- Signing a new directive. (If you sign more than one Advance Health Care Directive, the most recent one applies.) (Firmo una nueva directiva. (Si firma más de un formulario de Predisposiciones (instrucctiones) para la Atención Médica en Utah, se aplica el más reciente.))

Part IV: Making the Doo	cument Legal (Parte IV: Otorgar Validez Legal al Documento)
to make this directive. My signature on the thick that I have completed in the past. (Firmo	and the choices I have made, and declare that I am emotionally and mentally competent his form revokes any living will or power of attorney form naming a health care agent esta directiva voluntariamente. Comprendo las elecciones que he hecho y declaro que soy emocional lirectiva. Mi firma en este formulario revoca cualquier formulario de testamento en vida o poder que a que haya completado anteriormente.)
Date (Fecha)	Signature (<i>Firma</i>)
	City, County, and State of Residence (Ciudad, Condado y Estado de Residencia)
I have witnessed the signing of this din soy mayor de 18 años de edad y no):	rective, I am 18 years of age or older, and I am not (Fui testigo de la firma de esta directiva
1. Related to the declarant by blood or	marriage (tengo un vínculo de sangre o matrimonial con el declarante);
under any will or codicil of the declar	nt's estate according to the laws of intestate succession of any state or jurisdiction or rant (tengo derecho de recibir ninguna porción del patrimonio del declarante conforme a las leyes de irisdicción o bajo cualquier testamento o codicilo del declarante),
	y, trust, qualified plan, pay on death account, or transfer or death deed that is held, n behalf of, the declarant (soy beneficiario de una póliza de seguro de vida, fideicomiso, plan

4. Entitled to benefit financially upon the death of the declarant (tengo derecho de obtener beneficios financiaros por la muerte del declarante);

calificado, cuenta de pago al fallecer, o transferencia o escritura por fallecimiento, que sean propiedad del declarante, o hayan sido constituidos o

- 5. Entitled to a right to, or interest in, real or personal property upon the death of the declarant (tengo derecho a, o interés por, bienes reales o personales por la muerte del declarante);
- **6. Directly financially responsible for the declarant's medical care** (soy el responsable financiero directo de la atención médica del declarante);
- 7. A health care provider who is providing care to the declarant or an administrator at a health care facility in which the declarant is receiving care or (soy un proveedor de atención médica que le está brindando atención al declarante o un administrador en una institución médica donde el declarante esté recibiendo atención; ni);

8. The appointed agent or alternate agent. (s	soy el representante d	designado o el suplente.)
---	------------------------	---------------------------

establecidos por, o en nombre del declarante);

ignature of Witness (Firma del testigo)	Printed Name of Witness (//	ombre en letra de imprenta del testigo)	
treet Address (Dirección)	City (Ciudad)	State (Estado)	Zip (Código Postal)
f the witness is signing to confirm a spoken direct Si el testigo firma para confirmar una directiva oral (verb	tive, describe below the circumstances und	ler which the directive was madaio las cuales se realizó la directiva	d e.

Name (Nombre):

Utah Department of Health Bureau of Emergency Medical Services

Physician Order for Life Sustaining Treatment Utah Life with Dignity Order

State of Utah Rule R426-100

This is a physician order sheet based on patient wishes and medical indications for life-sustaining treatment. Place this order in a prominently visible part of the patient's record. Both the

Last Name of Patient:

must sign if the condition make then, if necessa Physician's n	Affective Date of this Order:
(IF NOTHING IN	Affective Date of this Ordan: hone: Affective Date of this Ordan: hone: A SECTION IS CHECKED, CARECUSTES HOULD de atention médica A SECTION IS CHECKED, CARECUSTES HOULD de atention médica That TREATMENT DIRECTL proveed by Marian Augustes I South Company (Company) Treatment options when the atention medical is not breathing:
Section A Check one	A SECTION IS CHECKED, CARE USIS SHOULD de atención médica IN A SECTION IS CHECKED IN ANOTHER SECTION IS CHECKED IN A SECTION IS CHECKED IN ANOTHER SECTION IS CHECKED IN A SECTION IS CHECKED IN ANOTHER SECTION IS CHECKED IN A SECTION IS CHECKED IN ANOTHER SECTION IS CHECKED IN A SECTION IS CHECKED IN ANOT
Section B Check one	Treatment options when the patient has a pulse and is breathing: Comfort measures only: Oral and body hygiene, reasonable efforts to offer food and fluids orally, medication, oxygen, positioning, warmth, and other measures to relieve pain and suffering. Provide privacy and respect for the dignity and humanity of the patient. Transfer to hospital only if comfort measures can no longer be effectively managed at current setting. Limited additional interventions: Includes care above. May also include suction, treatment of airway obstruction, bag/valve/mask ventiliation, monitoring of cardiac rhythm, medications, IV fluids. Transfer to hospital if indicated, but no endotracheal intubation or long-term life support measures. Other instructions or clarification:
Section C Check all that apply	Antibiotics: (Comfort measures are always provided) No antibiotics Antibiotics may be administered Other instructions or clarification:

Physician Order for Life Sustaining Treatment Utah Life with Dignity Order

Section D	Artificially administered fluid	and nutrition:	(Comfort mea	asures are always provided)	
	Feeding tube:	IV	Fluids:		
Check all that	No feeding tube		No IV fluids		
apply	Defined trial period of feedir		_ Defined trial period (of IV fluids	
	·			of IV fluids	
	Long-term feeding tube		_ IV fluids		
	Other instructions or clarification				
Section E	Discussed with:				
	Patient / Parent(s) of minor of	hild			
Check all that	Surrogate (source of legal a	thority, name, and phone number	uTF.		
apply	our ogute (source or regar as	- AME	415.		
		ReA SOLANE			
	Other (name and the der u	New CON	su		
	Patient preferences I have given significant tuspin to in	puede hablar con fortede attent persión pletar una versión e este formulario.	adica	treatment	
Section F	I have given significant tustice in	e-sustante la liment. Please in t	e Ollowing for more in	nformation about my preferences:	
	provee	pletar una versione pletario. Le este formulario.		,,,	
	Advance Directiv	pletan tarmulario.	,		
	Other: para Con	este Turin			
	I have expressed my preferences to	my physician or health care provide	er(s) and agree with	the treatment order on this	
	I have expressed my preferences to my physician or health care provider(s) and agree with the treatment order on this document. Please review these orders if there is a substantial permanent change in my health status, such as:				
	Close to death A	1 3	Improved condit	ion	
	Permanently unconscious E	xtraordinary suffering	Surgical procedu	ıres	
Brief summar	ry of medical condition and brie	ef explanation of treatment ch	oice:		
	,				
	erson preparing form	Print name and phone number		Date prepared:	
(if not patient's	physician)				
Signature of ph	ysician or other licensed	Print name and license number		Date signed:	
practitioner					
Signature of se	cond physician or other licensed	Print name and license number		Date signed:	
practitioner (red	quired for minor patients only)				
	•				
Patient, parent	or surrogate signature	Print name and phone number		Date signed:	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
		<u></u>		1	

Review and Change to Life with Dignity Order

Review this form whenever any of the following happen:

- 1. The patient is transferred from one care setting to another;
- 2. The patient's health status changes substantially and permanently; or
- 3. The patient's treatment preferences change.
- If the patient or the patient's surrogate changes the treatment preferences in this order, complete a new form and place it in the patient's medical record.
- This form is valid for both adult and pediatric patients.



Glosario de los términos usados en la Planificación anticipada de cuidados médicos

El conocimiento de los siguientes términos médicos y legales le ayudará a hacer su planificación anticipada de cuidados médicos

Directivas anticipadas: instrucciones escritas que expresan la forma en que usted desea que se tomen sus decisiones médicas si no las puede tomar por sí mismo. Ejemplos de esto son el Testamento Vital y el Poder Notarial Especial.

Nutrición e hidratación artificial (también conocida como alimentación por sonda nasogástrica): agrega o reemplaza la forma habitual de comer y beber administrando nutrientes y líquidos mediante un tubo colocado en el estómago, el intestino delgado o una vena.

Estado vegetativo crónico (o persistente): estado continuo de inconsciencia o falta de conocimiento causada por un daño cerebral severo. Las personas en estado vegetativo pueden respirar por sí solas y hacer ruidos y movimientos, pero no pueden comunicarse, reconocer a sus seres queridos ni responder al habla ni al tacto. Con nutrición e hidratación artificial y otros cuidados, una persona puede vivir muchos años en estado vegetativo.

Diálisis: tratamiento para limpiar la sangre cuando los riñones no pueden hacerlo. La diálisis se hace de distintas maneras, pero siempre requiere varias horas. Los pacientes con insuficiencia renal crónica (de larga duración) deben hacerse diálisis frecuentemente — de 3 a 7 veces por semana — generalmente por el resto de su vida.

Orden de no resucitar (DNR, por sus siglas en inglés): orden escrita que indica que los proveedores de atención médica no deben intentar resucitar (revivir el corazón) si el corazón del paciente deja de latir. Una orden DNR se redacta a pedido del paciente (o de la familia del paciente o del representante de cuidado médico), pero debe estar firmada por un médico.

Representante de cuidado médico (apoderado del cuidado médico): persona que usted designa para tomar decisiones médicas por usted si, en cualquier momento en el futuro, no puede tomarlas por sí mismo. Su representante puede tomar decisiones en cualquier momento que usted pierda la capacidad de tomar una decisión médica.

Intubación: colocación de un tubo por la boca o la nariz hasta la tráquea (conducto de aire). Este tratamiento le ayuda a respirar manteniendo abierta la vía respiratoria.

Tratamientos de soporte vital (también conocidos como tratamientos de sostén vital): tratamientos que reemplazan o mantienen las funciones fisiológicas básicas. Los ejemplos incluyen RCP (resucitación cardiopulmonar), ventilación mecánica, nutrición e hidratación artificial y diálisis.

Ventilación mecánica: mediante el uso de una máquina llamada ventilador (o respirador) para forzar aire dentro de los pulmones de una persona que no puede respirar por sí misma.

Cuidados paliativos (también conocido como cuidado para la comodidad o cuidado de hospicio):

tratamiento ofrecido por un equipo centrado en mejorar la calidad de vida de un paciente y en controlar el dolor y otros síntomas de enfermedad. Los cuidados paliativos se usan a menudo para pacientes con enfermedades severas, generalmente terminales. Los cuidados paliativos pueden apoyar la atención médica destinada a tratar la enfermedad o se los puede usar solos—los cuidados de hospicio en sí mismos no están destinados a tratar la enfermedad ni a prolongar la vida.

Pronóstico: la perspectiva de supervivencia y recuperación de una persona, basada en el curso habitual de la enfermedad y en las circunstancias específicas de la persona.

Resucitación: revivir el corazón y la respiración de una persona. Esto, a veces, se puede lograr mediante la RCP (resucitación cardiopulmonar) y puede incluir el uso de una máquina que le da un choque eléctrico al corazón o de un tubo que le ayuda a respirar (intubación).

Enfermedad terminal: enfermedad o condición incurable y de la que se anticipa que acabe con la vida de una persona.

Notes:		
	Notas:	

Notas:	
Notas:	

Para obtener más información

sobre la planificación anticipada de cuidados médicos y directivas anticipadas, consulte estas fuentes:

Intermountain Healthcare

- Hable con su médico, enfermera o cualquier otro proveedor de atención médica o
- Llame al 1-800-442-4845 en cualquier momento para ponerse en contacto con alguna persona que pueda ayudarlo con la planificación anticipada de cuidados médicos

End-of-Life Care Partnership

(Asociación para el cuidado al final de la vida)

Sitio Web: carefordying.org

Número telefónico: (801) 892-0155

Caring Connections

(de la Organización Nacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (National Hospice and Palliative Care Organization, NHPCO))

Sitio Web: caringinfo.org

Número telefónico: 1-800-658-8898 (HelpLine)

1-877-658-8896 (en español: Cuidando con Cariño)

Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

(del Centro para la Ética en el Cuidado Médico (Center for Ethics

in Healthcare))

Sitio Web: polst.org



©2007-2009 INTERMOUNTAIN HEALTHCARE. Todos los derechos reservados.

El contenido de la presente guía es solamente para su información. No sustituye los consejos profesionales de un médico, tampoco debe utilizarse para diagnosticar o tratar un problema de salud o enfermedad. Por favor, consulte a su proveedor de cuidados de salud en caso de preguntas o inquietudes. Si desea obtener más información acerca de la salud, ingrese al sitio **intermountainhealthcare.org**.