

## INTRODUCCIÓN

Cada adulto competente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a su salud, incluyendo el derecho de elegir o rehusar tratamiento médico.

Cuando una persona ya no puede tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, tales como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considerará que está incapacitada. A fin de asegurar que las decisiones sobre el cuidado de la salud de una persona incapacitada aún se respeten, la legislatura de la Florida aprobó legislación pertinente a las directivas por anticipado de cuidado médico (Capítulo 765 de los Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente de redactar directivas por anticipado indicándole a su médico que proporcione, retenga o retire procedimientos que prolongan la vida; designar a otra persona para que tome decisiones en cuanto al tratamiento si la persona no puede tomar sus propias decisiones; y/o indicar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte.

Por ley, a los hospitales, asilos de ancianos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, hospicios y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs) se les requiere que provean a sus pacientes información escrita, como este folleto, relacionada con las directivas por anticipado de cuidado médico. Las reglas estatales que requieren esto incluyen las siguientes: 58A-2.0232, 59A-3.254, 59A-4.106, 59A-8.0245 y 59A-12.013 del Código Administrativo de la Florida.

## PREGUNTAS ACERCA DE LAS DIRECTIVAS POR ANTICIPADO DE CUIDADO MÉDICO

### ¿Qué es una directiva por anticipado?

Es una declaración escrita u oral sobre la manera que usted quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo y/o puede expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas las escriben cuando son diagnosticadas con una enfermedad que amenaza la vida. Otras ponen sus deseos por escrito mientras están saludables; otras como parte de la planificación de su caudal hereditario.

Tres tipos de directivas por anticipado son:

- Un testamento en vida
- Una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico
- Una donación anatómica

Usted puede elegir completar uno, dos o los tres formularios. Este folleto provee información para ayudarle a decidir lo que mejor se ajusta a sus necesidades.

### ¿Qué es un testamento en vida?

Es una declaración escrita u oral sobre la clase de cuidado médico que usted desea o no desea si llega un momento en que no puede tomar sus propias decisiones. Se llama testamento en vida porque entra en vigor mientras usted todavía está vivo. Usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico o con su abogado para asegurarse de que ha completado el testamento en vida de una manera en que se entiendan sus deseos.

### ¿Qué es una designación de sustituto para cuidado médico?

Es un documento nombrando a otra persona como su representante para que tome decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones sobre el tratamiento que desea o no desea, de forma similar a un testamento en vida. También puede designar a un sustituto alterno.

### ¿Cuál de ellos es mejor?

Dependiendo de sus necesidades individuales, usted querrá completar uno o una combinación de los tres tipos de directivas por anticipado.

### ¿Qué es una donación anatómica?

Es un documento que indica su deseo de donar, a su fallecimiento, todo o parte de su cuerpo. Esto puede ser una

## PREGUNTAS ACERCA DE LAS DIRECTIVAS POR ANTICIPADO DE CUIDADO MÉDICO (cont.)

donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, o la donación de su cuerpo para entrenamiento de trabajadores de cuidado de la salud. Usted puede indicar que quiere ser un donante de órganos designándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado (en la oficina de licencias de conducir más cercana a usted), firmando un formulario uniforme de donante (que aparece en otro lugar en este folleto), o expresando su deseo en un testamento en vida.

### **¿Se me requiere tener una directiva por anticipado bajo las leyes de la Florida?**

No, no hay ningún requisito legal que exija completar una directiva por anticipado. No obstante, si no ha hecho una directiva por anticipado, las decisiones acerca de su cuidado médico o una donación anatómica podrán ser tomadas por usted por un tutor nombrado por el tribunal, su cónyuge, su hijo adulto, su padre, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano.

La persona que tome decisiones por usted puede estar consciente o no de sus deseos. Cuando usted hace una directiva por anticipado y habla acerca de esto con las personas importantes en su vida, esto asegurará mejor que sus deseos se lleven a cabo de la manera que usted quiere.

### **¿Debe un abogado preparar la directiva por anticipado?**

No, los procedimientos son sencillos y no requieren un abogado, aunque usted puede elegir consultar a uno. No obstante, una directiva por anticipado, ya sea un documento escrito o una declaración oral, tiene que ser atestiguada por dos testigos. Por lo menos uno de los testigos no puede ser un cónyuge o un pariente consanguíneo.

### **¿Dónde puedo encontrar formularios de directivas por anticipado?**

Las leyes de la Florida proporcionan una muestra de cada uno de los siguientes formularios: un testamento en vida, una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico y una donación anatómica. En otro lugar en este folleto hemos incluido formularios de muestra así como recursos donde puede encontrar más información y otros tipos de formularios de directivas por anticipado.

### **¿Puedo cambiar de idea después de haber escrito mi directiva por anticipado?**

Sí, puede cambiar o cancelar la directiva por anticipado en cualquier momento. Cualquier cambio debe ser por escrito y estar firmado y fechado. No obstante, también puede cambiar una directiva por anticipado por medio de una declaración oral, la destrucción física de la directiva por anticipado, o escribiendo una nueva directiva por anticipado.

Si su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado indica que usted es un donante de órganos, pero ya no desea esta designación, comuníquese con la oficina de licencias de conducir más cercana para cancelar la designación de donante y se le emitirá una nueva licencia o tarjeta.

### **¿Qué sucede si he escrito una directiva por anticipado en otro estado y necesito tratamiento en la Florida?**

Una directiva por anticipado completada en otro estado, como se describe en las leyes de ese estado, puede ser honrada en la Florida.

### **¿Qué debo hacer con mi directiva por anticipado si elijo tener una?**

- Si designa a un sustituto para cuidado médico y un alterno, asegúrese de preguntarles si aceptan esta responsabilidad, de decirles cómo desea que se manejen los asuntos y de darles una copia del documento.
- Asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida sepan que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra. También querrá darles una copia.
- Prepare un archivo donde pueda mantener una copia de su directiva por anticipado (y otros documentos importantes). Algunas personas mantienen los documentos originales en una caja de seguridad en el banco. Si lo hace, usted querrá tener copias en su casa o información con respecto a la ubicación de su caja de seguridad.

## PREGUNTAS ACERCA DE LAS DIRECTIVAS POR ANTICIPADO DE CUIDADO MÉDICO (cont.)

- Mantenga una tarjeta o nota en su bolso o billetera que indique que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra.
- Si cambia su directiva por anticipado, asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida tengan la copia más reciente.

Si tiene preguntas acerca de su directiva por anticipado, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico, su abogado o las personas significativas en su vida.

## MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE LAS DIRECTIVAS POR ANTICIPADO DE CUIDADO MÉDICO

Antes de tomar una decisión acerca de las directivas por anticipado, usted querrá considerar opciones adicionales y otras fuentes de información, incluyendo las siguientes:

- Como alternativa a un sustituto para cuidado médico, o en adición al mismo, usted podría querer designar un poder de representación duradero. Por medio de un documento escrito, usted puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre. Es similar al sustituto para cuidado médico, pero la persona puede ser designada para que realice varias actividades (financieras, legales, médicas, etc.). Usted puede consultar a un abogado para obtener información adicional o puede leer el Capítulo 709 de los Estatutos de la Florida.

Si elige a alguien como su poder de representación duradero, asegúrese de preguntarle a la persona si acepta esta responsabilidad, hable con él o ella sobre cómo desea que se manejen los asuntos y déle a la persona una copia del documento.

- Si padece de una enfermedad terminal (o si tiene a un ser querido que está en estado vegetativo persistente), usted querrá considerar tener una Orden de No Resucitar (DNRO, por sus siglas en inglés) previa a la hospitalización. Una DNRO identifica a las personas que no desean ser resucitadas después de un paro cardíaco o respiratorio. La DNRO es un formulario amarillo específico disponible en el Departamento de Salud (DOH) de la Florida. Su abogado, su proveedor de cuidado médico o un servicio de ambulancia puede tener copias disponibles para su uso. Usted, o su representante legal, y su médico firman el formulario DNRO. Puede obtener más información en el sitio web del DOH en [www.doh.state.fl.us](http://www.doh.state.fl.us) o en [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) (escriba DNRO en estos motores de búsqueda de sitios web) o llame al **(850) 245-4440**.

Cuando usted es admitido a un hospital, la DNRO puede utilizarse durante su estadía en el hospital o el hospital puede tener su propio formulario y procedimiento para documentar una Orden de No Resucitar.

- Si una persona elige donar, después de su muerte, su cuerpo para entrenamiento e investigación médica, la donación será coordinada por la Junta Anatómica del Estado de la Florida. Usted o sus sobrevivientes deben hacer arreglos con una funeraria local y pagar por el embalsamamiento preliminar y el transporte del cuerpo a la Junta Anatómica ubicada en Gainesville, Florida. Después de ser usado para educación o investigación médica, el cuerpo normalmente será cremado. Los restos cremados se devolverán a los seres queridos, si ellos lo solicitan en el momento de la donación, o la Junta Anatómica los esparcirá sobre el Golfo de México. Para obtener más información, comuníquese con la Junta Anatómica del Estado de la Florida llamando al **(800) 628-2594** o visite [www.med.ufl.edu/anatbd](http://www.med.ufl.edu/anatbd).
- Si desea leer más acerca de la donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, puede visitar el sitio web de la Agencia para la Administración del Cuidado Médico en <http://ahca.MyFlorida.com> (haga clic en el “Mapa del Sitio” y luego desplácese hacia abajo a “Donantes de Órganos”) o el sitio del gobierno federal en [www.OrganDonor.gov](http://www.OrganDonor.gov). Si tiene más preguntas, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico.

## MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE LAS DIRECTIVAS POR ANTICIPADO DE CUIDADO MÉDICO

- Varias organizaciones también tienen disponibles formularios de directivas por anticipado. Un documento tal es “Five Wishes” (Cinco Deseos) que incluye un testamento en vida y la designación de un sustituto para cuidado médico. “Five Wishes” le da la oportunidad de especificar si usted desea alimento por tubo, ayuda con la respiración, medicamento para el dolor y otros detalles que puedan hacerlo más cómodo, tal como la música que desea escuchar, entre otras cosas. Puede obtener más información en:

Aging with Dignity (Envejecimiento con Dignidad) – **(888) 594-7437**

**[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)**

Otros recursos incluyen:

American Association of Retired Persons (Asociación Americana de Personas Jubiladas)

**[www.aarp.org](http://www.aarp.org)** (Escriba “advance directives” en el motor de búsqueda del sitio web)

Su hospital local, asilo de ancianos, hospicio, agencia de cuidado de la salud en el hogar y su abogado o proveedor de cuidado médico pueden ayudarle con los formularios o proporcionarle más información.

Folleto: Asuntos relacionados con el fin de la vida – **(888) 419-3456**

**[www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov)**

## DEFINICIONES de vocabulario encontrado en el formulario del Testamento en vida

“**Condición en la etapa final**” significa una condición no reversible causada por una herida o enfermedad que ha resultado en un deterioro progresivo severo y permanente y que hasta un grado de probabilidad médica razonable un tratamiento de la condición no será efectivo.

“**Estado vegetativo persistente**” significa una condición permanente y no reversible de estar inconsciente cuando no existe una acción voluntaria ni comportamiento cognitivo de cualquier tipo ni una habilidad de comunicarse o interactuarse al propósito con el medioambiente.

“**Condición terminal**” significa una condición causada por una herida o enfermedad de la cual no hay una probabilidad médica razonable de recuperarse y que, sin un tratamiento, pueda causar la muerte. Estas definiciones originen de sección 765,101 de los Estatutos de la Florida. Se puede encontrar los Estatutos en su biblioteca local o en el sitio web **[www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us)**.

**TESTAMENTO EN VIDA**

Declaración hecha hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi proceso de fallecimiento no se prolongue artificialmente en las circunstancias descritas a continuación y por este medio declaro que, si en cualquier momento quedo mental o físicamente incapacitado y

- \_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición terminal,
- o \_\_\_\_\_ (iniciales) tengo una condición en las etapas finales,
- o \_\_\_\_\_ (iniciales) me encuentro en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico que me está atendiendo o proporcionando tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe probabilidad médica razonable que me recupere de dicha condición, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o cualesquiera procedimientos médicos que se consideren necesarios para proporcionarme comodidad o para aliviar el dolor.

Deseo \_\_\_\_\_, No deseo \_\_\_\_\_ que se me retenga o retire la nutrición y la hidratación (alimentación y agua) cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expresado e informado con respecto a retener, retirar o continuar los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Del Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Mobil): \_\_\_\_\_

Entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Firmado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo: _____	Testigo: _____
Dirección de la calle: _____	Dirección de la calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____	Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____

Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.

Miembros de la familia para ser puestos en contacto:

Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____

**DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO PARA QUE TOMÉ DECISIONES ACERCA DEL CUIDADO MÉDICO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En caso de que se haya determinado que no tengo la capacidad para proporcionar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico a:

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

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Del Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Mobil): \_\_\_\_\_

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alternativo a:

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

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Del Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ (Mobil): \_\_\_\_\_

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a la persona que he designado tomar decisiones y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado médico; y autorizar mi admisión o transferencia de una instalación de cuidado médico.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Afirmo, además, que esta designación no se hace como una condición del tratamiento o la admisión a una instalación de cuidado médico. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas además de a mi sustituto, de manera que puedan saber quién es mi sustituto.

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

(Firmado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.