

VOLUNTAD ANTICIPADA PARA MÉDICOS Y FAMILIARES O REPRESENTANTES

Ley de Voluntades Anticipadas (ver la sección 166.033 del Código de Salud y Seguridad)

Instrucciones para llenar este documento:

Este es un importante documento legal en materia de lo que se conoce como “voluntad anticipada”. Su finalidad es ayudarle a comunicar cuáles son sus deseos sobre el tratamiento médico para algún momento en el futuro, cuando usted no pueda expresar esos deseos debido a alguna enfermedad o lesión. Estos deseos suelen basarse en los valores y creencias personales. En particular, es probable que usted quiera considerar qué cargas o dificultades del tratamiento estaría dispuesto a aceptar a cambio de obtener un determinado beneficio, en caso de que estuviera gravemente enfermo.

Le sugerimos que hable acerca de sus creencias y deseos con su familia o su portavoz elegido, así como con su médico. Su médico u otro profesional o institución médicos pueden proporcionarle diversos recursos para ayudarle a completar el documento de voluntad anticipada. Más abajo, se ofrecen unas breves definiciones que pueden ayudarle en sus conversaciones y planes para expresar su voluntad anticipada. Escriba sus iniciales al lado de las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Entregue una copia del documento de voluntad anticipada a su médico, su hospital habitual y a su familia o portavoz. Considere hacer una revisión periódica de este documento. Mediante una revisión periódica, usted podrá asegurarse mejor de que la voluntad anticipada expresada en el documento sea un reflejo de sus preferencias.

Además de la voluntad anticipada, la ley de Texas establece otros dos tipos de documentos que pueden ser importantes cuando una persona tiene una enfermedad grave. Estos son el poder notarial médico y la orden de no reanimar fuera del hospital. Es aconsejable que usted hable sobre estos documentos con su médico, su familia, el representante del hospital u otros consejeros. También puede, si lo desea, llenar un documento de voluntad anticipada relacionada con la donación de órganos y tejidos.

VOLUNTAD ANTICIPADA

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos juntos las decisiones sobre mi atención médica o tratamiento mientras yo esté en pleno uso de mis facultades mentales y sea capaz de expresar mis deseos. Si llega el momento en que yo no pueda tomar decisiones médicas sobre mí mismo, debido a una enfermedad o lesión, es mi deseo que se respeten las siguientes preferencias de tratamiento:

Si, en opinión de mi médico, estoy en estado terminal y tengo una esperanza de vida menor a seis meses aun recibiendo, incluso, el tratamiento para prolongar la vida proporcionado según las normas predominantes de la atención médica:

_____ Pido que no se me dé ningún tratamiento o que se suspendan todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo más tranquilamente posible;
O BIEN,

_____ Pido que se me mantenga con vida en este estado terminal usando el tratamiento disponible para prolongar la vida. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES [EN HOSPICE]).

Si, en opinión de mi médico, estoy en un estado irreversible que me impide cuidarme a mí mismo o tomar decisiones por mí mismo, y se espera que muera si no se me da ningún tratamiento para prolongar la vida según las normas predominantes de la atención médica:

_____ Pido que no se me dé ningún tratamiento o que se suspendan todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo más tranquilamente posible;
O BIEN,

Pido que se me mantenga con vida en este estado irreversible usando el tratamiento disponible para prolongar la vida. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES [EN HOSPICE]).

Solicitudes adicionales: (Después de platicar con su médico, quizá desee considerar la posibilidad de enumerar en este espacio determinados tratamientos que quiere o no quiere recibir en circunstancias específicas, por ejemplo, la nutrición e hidratación administradas artificialmente, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de especificar si quiere o no quiere recibir un tratamiento concreto).

Después de firmar esta voluntad anticipada, si mi representante o yo elegimos que reciba los cuidados para pacientes terminales (*hospice*), entiendo y acepto que solo se me darán los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y no se me darán los tratamientos disponibles para prolongar la vida.

Si **no** tengo un poder notarial médico, y no puedo dar a conocer mis deseos, nombro a las siguientes personas para que, junto con mi médico, tomen decisiones sobre los cuidados o tratamientos médicos compatibles con mis valores y creencias personales:

1. _____
2. _____

(Si se ha firmado un poder notarial médico, entonces ya se ha nombrado a un representante y usted ya no debe incluir nombres adicionales en este documento).

Si las personas anteriormente mencionadas no están disponibles, o si no he designado un portavoz, entiendo que se designará un portavoz para mí de acuerdo con las normas especificadas en las leyes de Texas.

Si, en opinión de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso con el uso de todos los tratamientos médicos disponibles proporcionados dentro de las normas de atención médica predominantes, acepto que se suspendan o eliminen todos los tratamientos, excepto los necesarios para mantenerme cómodo. Entiendo que, bajo la ley de Texas, este documento de voluntad anticipada no será válido si se me ha diagnosticado un embarazo. Esta voluntad anticipada permanecerá vigente hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona la puede revocar.

Firmado _____ Fecha _____

Ciudad, condado, estado de residencia _____

Dos testigos adultos competentes deben firmar a continuación para reconocer la firma del declarante. El testigo designado como **Testigo 1** no puede ser ninguna persona designada para tomar decisiones de atención médica o tratamiento para el paciente y no puede estar relacionado con el paciente ni por consanguinidad ni por matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la propiedad testamentaria y no puede tener ninguna reclamación contra la propiedad testamentaria del paciente. Este testigo no puede ser el médico que atiende al paciente ni un empleado del médico que atiende al paciente. Si este testigo es un empleado de un centro de atención médica en el que se atiende al paciente, no puede participar en la atención médica directa que se le dé al paciente. Este testigo no puede ser un funcionario, director, socio o empleado administrativo de un centro médico donde el paciente esté recibiendo atención, ni de ninguna organización matriz del centro médico.

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____

El declarante, en lugar de firmar en presencia de testigos, puede firmar la voluntad anticipada y hacer reconocer la firma ante un *notary public*.

FIRMA RECONOCIDA ANTE NOTARIO

Firmo con mi nombre esta Voluntad anticipada para médicos y familiares o representantes en el día _____
de _____ (mes, año) en

(Ciudad y estado)

(Firma)

(Nombre en letra de molde)

Estado de Texas

Condado de _____

Este documento fue reconocido ante mí en _____ (fecha) por _____
(nombre de la persona que reconoce).

NOTARY PUBLIC, State of Texas

Nombre en letra de molde del *notary public*:

Mi comisión expira el:

SELLO

Definiciones:

“Nutrición e hidratación administradas artificialmente” significa la provisión al enfermo de nutrientes o líquidos mediante una sonda insertada en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

“Estado irreversible” significa una enfermedad, lesión o padecimiento:

- (1) que puede ser tratado, pero nunca curado o eliminado;
- (2) que deja a una persona incapacitada para cuidar de sí misma o tomar decisiones por sí misma; y
- (3) que, sin un tratamiento para prolongar la vida, proporcionado según las normas de atención médica predominantes, es mortal.

Explicación: Muchas enfermedades graves, como el cáncer, la falla de órganos importantes (riñón, corazón, hígado o pulmón) y enfermedades cerebrales graves, como la demencia de Alzheimer, pueden considerarse irreversibles desde su fase temprana. Para estas no hay cura, pero el paciente puede seguir con vida durante periodos prolongados si recibe tratamientos de soporte vital. Más adelante en el curso de la misma enfermedad, esta puede considerarse terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera. Usted quizá desee considerar qué cargas del tratamiento estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado determinado. Esta es una decisión muy personal que probablemente quiera comentar con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

Por “tratamiento para prolongar la vida” se entiende el tratamiento que, basado en un criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente y sin el cual el paciente morirá. El término incluye tanto los medicamentos para prolongar la vida como el soporte artificial de la vida, es decir, los respiradores mecánicos, el tratamiento de diálisis renal y la nutrición e hidratación administradas artificialmente. El término no incluye la administración de medicamentos para el manejo del dolor, la realización de un procedimiento médico necesario para proporcionar cuidados paliativos, o cualquier otro cuidado médico proporcionado para aliviar el dolor del paciente.

Por “estado terminal” se entiende una situación incurable causada por una lesión, enfermedad o padecimiento que, según una opinión médica razonable, producirá la muerte en un plazo de seis meses, incluso con el tratamiento disponible para prolongar la vida proporcionado según el estándar de atención médica predominante.

Explicación: Muchas enfermedades graves podrían considerarse irreversibles en una fase temprana de la enfermedad, pero podrían no considerarse terminales hasta que la enfermedad esté bastante avanzada. Al reflexionar sobre la enfermedad terminal y su tratamiento, usted quizá desee considerar los beneficios y dificultades relacionados con el tratamiento y hablar con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida sobre cuáles son sus deseos al respecto.