



Directiva anticipada de atención médica

Un formulario fácil de completar para hacer conocer
sus objetivos, valores y preferencias

¿Por qué debería tener una directiva anticipada de atención médica?

Es importante planificar con anticipación y exponer claramente sus objetivos, valores y preferencias de atención médica. Una directiva anticipada de atención médica es la mejor forma de lograr esto. Contar con una directiva completada le brindará a usted y a sus seres queridos mayor tranquilidad. El proceso de completar su directiva también puede ayudarlo a hablar con sus seres queridos sobre lo que más le importa.

Hay numerosos recursos disponibles en Cedars-Sinai para ayudarlo a completar su directiva, entre ellos, trabajadores sociales, expertos en asistencia espiritual y una clase gratuita de planificación anticipada de la atención. Para obtener información sobre estos y otros recursos, consulte la contraportada de este documento.

¿Qué debe hacer después de haber completado su directiva anticipada de atención médica?

1. La directiva debe certificarse ante un notario o ser firmada por dos testigos elegibles.
 - Opción 1: Firme el documento ante la presencia de un notario público.
 - Opción 2: Solicite que dos testigos elegibles firmen el documento.
2. Comparta copias con:
 - Su(s) representante(s) en materia de atención médica
 - Sus seres queridos
 - Su médico principal
 - Su abogado
3. Asegúrese de que se incluya en su registro médico electrónico, utilizando una de las siguientes opciones:

| Cárguela a My CS-Link™ | Envíela por fax a Cedars-Sinai | Envíela por correo postal a Cedars-Sinai | Envíe una copia electrónica por correo electrónico a Cedars-Sinai |
|--|--|--|--|
| <p>Sitio web: mycslink.org</p> <p>Utilice la página de Directiva anticipada de atención médica que se encuentra en la sección de Recursos.</p> <p>Incluya su nombre y fecha de nacimiento en la primera página.</p> | <p>Número de fax: 310-248-8078</p> <p>Incluya su nombre y fecha de nacimiento en la primera página.</p> | <p>Dirección postal: Health Information Department 8700 Beverly Blvd. South Tower, Room 2901 Los Angeles, CA 90048</p> <p>Incluya su nombre y fecha de nacimiento en la primera página.</p> | <p>Dirección de correo electrónico: groupMNSHID@cshs.org</p> <p>Incluya su nombre y fecha de nacimiento en la primera página.</p> |

4. Guarde la copia original en un lugar seguro (pero accesible).

Índice

Parte 1:

Mi representante en materia de atención médica

| | |
|---|---|
| Sección A: Elección de mi representante en materia de atención médica | 2 |
| Sección B: ¿Cuándo me gustaría que mi representante en materia de atención médica comience a representarme? | 3 |

Parte 2:

Mis objetivos, valores y preferencias de atención médica

| | |
|---|---|
| Sección A: Calidad de vida | 4 |
| Sección B: Alcance del tratamiento | 5 |
| Sección C: Explicación adicional (opcional) | 6 |

Parte 3 (opcional):

Preferencias adicionales

| | |
|--------------------------------------|---|
| Donación de órganos | |
| Mis deseos para después de mi muerte | 7 |

Parte 4:

| | |
|---|---|
| ¿Cuán estrictamente quiero que se respete mi directiva anticipada de atención médica? | 8 |
|---|---|

Parte 5 (opcional):

| | |
|-----------------------------|---|
| Identificación de mi médico | 9 |
|-----------------------------|---|

Parte 6:

| | |
|---|----|
| Firma de mi directiva anticipada de atención médica | 11 |
|---|----|

| | |
|---------------|-------|
| Páginas extra | 16-17 |
|---------------|-------|

Recursos adicionales

Contraportada

Mi nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Parte 1:

Mi representante en materia de atención médica

Sección A: Elección de mi representante en materia de atención médica

- Para obtener ayuda para completar esta sección, consulte la Parte 1, Sección A de la Guía paso a paso (páginas 3-4).
-

Elijo a la siguiente persona para que hable en mi nombre si en algún momento no puedo expresar mis propios objetivos, valores y preferencias (o elijo no hacerlo):

Nombre del representante en materia de atención médica: _____

Parentesco con usted: _____

Número(s) de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si la conoce): _____

Las siguientes personas pueden actuar como sustitutos del representante (esto es opcional):

Primer sustituto

Nombre del sustituto del representante: _____

Parentesco con usted: _____

Número(s) de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si la conoce): _____

Segundo sustituto

Nombre del sustituto del representante: _____

Parentesco con usted: _____

Número(s) de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si la conoce): _____

Sección B: ¿Cuándo me gustaría que mi representante en materia de atención médica comience a representarme?

- Para obtener ayuda para completar esta sección, consulte la Parte 1, Sección B de la Guía paso a paso (página 5).
-

Me gustaría que mi representante en materia de atención médica comience a participar en la toma de decisiones sobre mi atención médica en el siguiente momento:

Complete la oración anterior al colocar sus iniciales en la opción 1 o en la opción 2:

Opción 1

Quando mi médico determine que no puedo expresar mis propios objetivos, valores y preferencias.

(Coloque sus iniciales aquí)

u

Opción 2

A partir de este momento, aunque todavía pueda hablar por mí mismo.

(Coloque sus iniciales aquí)

Parte 2:

Mis objetivos, valores y preferencias de atención médica

Sección A: Calidad de vida

- Para obtener ayuda para completar esta sección, consulte la Parte 2, Sección A de la Guía paso a paso (páginas 6-9).
-

Mi vida valdría la pena y, por lo tanto, aceptaría que se prolongue la mayor cantidad de tiempo posible, en las siguientes circunstancias:

Complete la oración anterior seleccionando la opción 1, 2 o 3:

Opción 1

- Todas las circunstancias, aunque signifique que mis órganos (corazón, pulmones, riñones, etc.) solo tengan un funcionamiento básico con o sin máquinas.

u

Opción 2

- Todas las circunstancias, a menos que NUNCA recupere la capacidad de (complete el espacio a continuación):

Consideraciones físicas y corporales (por ejemplo, vivir sin estar conectado permanentemente a un equipo de soporte vital mecánico, levantarme de la cama, salir al aire libre):

Consideraciones cognitivas (por ejemplo, estar despierto, estar consciente, poder pensar con claridad):

Consideraciones de interacción, sociales y comunitarias (por ejemplo, comunicarme de alguna manera con otras personas, vivir fuera de un centro de atención médica):

u

Opción 3

- No estoy seguro
-

Si desea compartir detalles adicionales, utilice cualquiera de los espacios con líneas que aparecen en la página 6 o al final de este documento.

Parte 3 (opcional): Preferencias adicionales

- Para obtener ayuda para completar esta sección, consulte la Parte 3 de la Guía paso a paso (página 12).
-

Donación de órganos

Deseo donar todos y cada uno de mis órganos y tejidos.

o

No deseo donar ninguno de mis órganos o tejidos.

o

Deseo donar solo los siguientes órganos o tejidos (especifique):

Mis deseos para después de mi muerte

Los siguientes son mis deseos con relación al funeral, entierro y/o cremación:

Si desea compartir detalles adicionales, utilice cualquiera de los espacios con líneas que aparecen al final de este documento.

Parte 4:

¿Cuán estrictamente quiero que se respete mi directiva anticipada de atención médica?

- Para obtener ayuda para completar esta sección, consulte la Parte 4 de la Guía paso a paso (página 13).
-

Quiero que mis objetivos, valores y preferencias, tal como están escritos en esta directiva:

Complete la oración anterior al colocar sus iniciales en la opción 1 o en la opción 2:

Opción 1

Sirvan como una guía general, de acuerdo con lo que sé ahora.

(Coloque sus iniciales aquí)

u

Opción 2

Se respeten estrictamente, en todas las circunstancias.

(Coloque sus iniciales aquí)

Si desea compartir más ideas e información, utilice el espacio a continuación:

Si desea compartir detalles adicionales, utilice cualquiera de los espacios con líneas que aparecen al final de este documento.

Parte 5 (opcional): Identificación de mi médico

- Para obtener ayuda para completar esta sección, consulte la Parte 5 de la Guía paso a paso (página 14).
-

Es posible que haya médicos involucrados en su atención que comprendan sus objetivos, valores y preferencias. Si desea que participen en las conversaciones sobre su afección y opciones de tratamiento, indique sus nombres e información de contacto a continuación.

Nombre del médico: _____

Número(s) de teléfono (si lo[s] conoce): _____

Dirección de correo electrónico (si la conoce): _____

Nombre del médico: _____

Número(s) de teléfono (si lo[s] conoce): _____

Dirección de correo electrónico (si la conoce): _____

Nombre del médico: _____

Número(s) de teléfono (si lo[s] conoce): _____

Dirección de correo electrónico (si la conoce): _____

Si desea compartir detalles adicionales, utilice cualquiera de los espacios con líneas que aparecen al final de este documento.

Esta página se dejó en blanco de forma intencional

Parte 6:

Firma de mi directiva anticipada de atención médica

- Para obtener ayuda para completar esta sección, consulte la Parte 6 de la Guía paso a paso (página 15).
-

Para que este documento sea legal y válido, debe firmar a continuación ante la presencia de un notario público (página 13) o dos testigos (página 14):

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha de la firma: _____

Esta página se dejó en blanco de forma intencional

Firma de mi directiva anticipada de atención médica ante un notario

Nota: Si completa la siguiente sección, no es necesario que complete la página 14.

CERTIFICACIÓN NOTARIAL

(Ratificación general de California, Artículo 1189 del Código Civil)

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica solo la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento.

Estado de California

Condado de _____ }
}

El _____ ante mí, _____
Fecha Inserte aquí el nombre y cargo del funcionario

compareció/comparecieron _____
Nombre(s) del/de los firmante(s)

quien(es) demostró/demonstraron, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) obra(n) en el documento y reconoció/reconocieron ante mí que él/ella/ellos lo firmó/firmaron en su carácter de persona(s) autoriza(s) y que, mediante su(s) firma(s) en el documento, la(s) persona(s) o la entidad en nombre de la cual la(s) persona(s) actuó/actuaron, firmó/firmaron el documento.

Certifico bajo PENA DE PERJURIO y conforme a las leyes del estado de California que el párrafo que antecede es verdadero y correcto.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, adjunto mi firma y sello oficial.

Firma: _____

Firma del notario público

Colocar el sello notarial arriba.

Firma de mi directiva anticipada de atención médica con testigos

Nota: Si completa la siguiente sección, no es necesario que complete la página 13.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Declaro bajo pena de perjurio y conforme a las leyes de California 1) que conozco personalmente a la persona que firmó o ratificó esta Directiva anticipada de atención médica, o que se me demostró la identidad de la persona mediante pruebas convincentes; 2) que la persona firmó o ratificó esta Directiva anticipada de atención médica en mi presencia; 3) que la persona parece estar en su sano juicio y que actuó sin coacción, fraude o influencia indebida; 4) que no soy una persona designada como representante por esta Directiva anticipada de atención médica; y 5) que no soy el proveedor de atención médica de la persona, ni un empleado de un operador de un centro de atención comunitaria, ni el empleado de un operador de un centro de atención residencial para ancianos; y 6) que soy mayor de 18 años.

Testigo n.º 1

Firma del testigo n.º 1

Fecha

Nombre en letra de imprenta del testigo n.º 1

Número de teléfono

Testigo n.º 2

Firma del testigo n.º 2

Fecha

Nombre en letra de imprenta del testigo n.º 2

Número de teléfono

Uno de los testigos también deberá firmar la siguiente declaración:

Asimismo, declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes de California que no soy pariente de la persona que firma esta Directiva anticipada de atención médica por consanguinidad, matrimonio o adopción y que, a mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona después de su muerte en virtud de un testamento ya existente o por ministerio de la ley.

Firma del testigo n.º 1 o n.º 2

Fecha

Nombre en letra de imprenta del testigo n.º 1 o n.º 2

Fecha

Requisito de testigo especial

Nota: Solo para pacientes en hogares de ancianos o centros de enfermería especializada, se requiere la firma de un defensor del paciente o defensor del pueblo además de completar la página 13 o la página 14.

Si usted **no es** un paciente en un hogar de ancianos o un paciente de un centro de enfermería especializada, puede omitir esta sección.

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR DEL PACIENTE O DEFENSOR DEL PUEBLO

Declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes de California que soy un defensor del paciente o defensor del pueblo según lo designado por el Departamento para Personas Mayores del Estado y que actúo como testigo según lo requiere el Artículo 4675 del Código de Sucesiones.

Firma del defensor del paciente o defensor del pueblo

Fecha

Nombre en letra de imprenta del defensor del paciente o defensor del pueblo

Número de teléfono

Recursos adicionales

Para inscribirse en la clase gratuita de planificación anticipada de la atención, llame al 800-700-6424.

Medicina de cuidados paliativos en Cedars-Sinai 310-423-9520

El equipo de medicina de cuidados paliativos (Supportive Care Medicine, SCM) de Cedars-Sinai ayuda a los pacientes hospitalizados y ambulatorios que tienen una enfermedad avanzada o que limita la vida a lograr la mejor calidad de vida posible y, además, brinda apoyo a las familias. Los médicos del equipo de SCM son expertos en el abordaje de una amplia gama de síntomas, tanto físicos como psicológicos; también están capacitados específicamente para ayudar con la planificación anticipada de la atención y las directivas anticipadas de atención médica.

Cuidado espiritual en Cedars-Sinai 310-423-5550; cedars-sinai.org/spiritualcare

Los miembros del Departamento de Cuidado Espiritual de Cedars-Sinai ofrecen servicios de asistencia espiritual a los pacientes de Cedars-Sinai y sus seres queridos. Los capellanes están disponibles para visitar a los pacientes y ayudar a resolver problemas difíciles relacionados con la atención y las decisiones al final de la vida.

Center for Healthcare Ethics en Cedars-Sinai

310-423-9636; cedars-sinai.org/ethics

Para los pacientes hospitalizados en Cedars-Sinai, el centro ofrece consultas sobre ética clínica. El objetivo es ayudar a que los pacientes, familiares, médicos y demás miembros del equipo de atención del paciente examinen y discutan los valores y objetivos éticos pertinentes.

Trabajo social en Cedars-Sinai

Pacientes hospitalizados: 310-423-4446 Pacientes ambulatorios: 310-248-8311

Los siguientes sitios web proporcionan información sobre la planificación anticipada de la atención médica:

- Advance Health Care Directive Registry (Registro de Directivas Anticipadas de Atención Médica)—California: sos.ca.gov/registries/advance-health-care-directive-registry
- Aging With Dignity: agingwithdignity.org
- American Hospital Association: [putitinwriting.org](https://www.putitinwriting.org)
- California Medical Association (Asociación Médica de California): [cmanet.org](https://www.cmanet.org)
- Caring Connections: [caringinfo.org](https://www.caringinfo.org)
- Coalition for Compassionate Care of California (Coalición para el Cuidado Compasivo de California): [coalitionccc.org](https://www.coalitionccc.org) y [capolst.org](https://www.capolst.org)
(Formularios POLST en inglés y otros idiomas)
- Hospice Association of America: [hospice.nahc.org](https://www.hospice.nahc.org)
- Donate Life California—Organ and Tissue Donor Registry (Registro de Donantes de Órganos y Tejidos): [donatelifecalifornia.org](https://www.donatelifecalifornia.org)
- Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU.: losangeles.va.gov/patients/advance.asp