

# Una Directriz Avanzada Para Carolina del Norte

## Un Formulario Práctico para todo Adulto

### Introducción

Este formulario le permite expresar sus deseos para atención de salud en el futuro y guiar decisiones sobre esa atención. Éste no se refiere a decisiones de finanzas. Aunque legalmente no se requiere que usted tenga una Directriz Avanzada, completar este formulario, puede ayudarle a recibir la atención de salud que usted desea.

Si tiene 18 años de edad o más y puede hacer y comunicar decisiones de atención de salud, podrá usar este formulario.

Este formulario tiene tres partes. Usted puede completar sólo la Parte A, sólo la Parte B o ambas Partes A y B. Para que esta directriz avanzada tenga efecto legal, usted tiene que completar la Parte C de este formulario. Favor de mantener juntas las cinco páginas de este formulario e incluya todas las cinco páginas si comparte copias con sus seres queridos o proveedores de atención de salud.

Este formulario se atiene a las leyes de North Carolina (en NCGS desde § 32A-15 hasta 32A-27 y desde § 90-320 hasta 90-322).

### Parte A: Poder Legal para Atención de Salud

- 1. ¿Qué es un poder legal para atención de salud?** Un poder legal para atención de salud es un documento legal en el cual usted nombra otra persona, llamada “agente de atención de salud”, para tomar decisiones de atención de salud por usted cuando usted no pueda hacer esas decisiones.
- 2. ¿Quién puede ser agente de atención de salud?** Cualquier persona competente de al menos 18 años de edad y que no sea su proveedor de atención de salud pagado puede ser su agente de atención de salud.
- 3. ¿Cómo debe escoger su agente de atención de salud?** Debe escoger su agente de atención de salud con mucho cuidado, porque esa persona tendrá autoridad abarcadora para tomar decisiones sobre su atención de salud. Un buen agente de atención de salud es alguien quien le conoce bien, está disponible para representarle cuando necesite y está dispuesto a honrar sus deseos. Es muy importante hablar con su agente de atención de salud sobre sus objetivos y deseos para su atención de salud en el futuro, para que él o ella sepa qué atención usted desea.
- 4. ¿Qué decisiones puede hacer su agente de atención de salud?** A menos que usted limite el poder de su agente de atención de salud en la Sección 2 de la Parte A de este formulario, su agente de atención de salud puede hacer toda decisión de atención de salud por usted, incluyendo:
  - iniciar o detener medidas de prolongar la vida
  - decisiones sobre tratamientos de salud mental
  - escoger sus doctores y facilidades
  - revisar y compartir su información médica
  - autopsias y disposición de su cuerpo después de fallecer
- 5. ¿Puede su agente de atención de salud donar sus órganos y tejidos después de usted fallecer?** Sí, si usted opta darle este poder a su agente de atención de salud en el formulario. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 3 de la Parte A.

6. **¿Cuándo será efectivo este poder legal para atención de salud?** Este documento será efectivo si su doctor determina que usted ha perdido la habilidad de hacer sus propias decisiones de atención de salud.
7. **¿Cómo puede revocar este poder legal para atención de salud?** Si está competente, usted puede revocar este poder legal para atención de salud de cualquier forma que quede claro su deseo de revocarlo. Por ejemplo, puede destruir este documento, escribir “nulo” sobre el documento, decirle a su doctor que está revocando el documento, o completar un nuevo poder legal de atención de salud.
8. **¿Quién toma decisiones de atención de salud por mí si no nombro un agente de atención de salud y no puedo hacer mis propias decisiones?** Si usted no tiene un agente de atención de salud, la ley de NC requiere que los proveedores de atención de salud recurran a los siguientes individuos según el orden a continuación: encargado legal; un abogado asignado bajo un poder general (POA, por sus siglas en inglés) si ese POA incluye el derecho a hacer decisiones de atención de salud; un esposo o esposa; una mayoría entre sus padres e hijos adultos; una mayoría entre sus hermanos mayores de edad; o un individuo que tenga una relación establecida con usted, quien actúa en buena fe y que pueda comunicar sus deseos. Si no hay nadie, la ley permite que su doctor haga decisiones por usted siempre y cuando otro doctor esté de acuerdo con esas decisiones.

## Parte B: Testamento en Vida

1. **¿Qué es un testamento en vida?** En Carolina del Norte, un testamento en vida le permite declarar sus deseos de no recibir medidas para prolongar la vida en cualquiera o todas las siguientes situaciones:
  - Usted tiene una condición incurable que resultará en su muerte en un periodo de corto tiempo.
  - Usted está inconsciente, y sus doctores están confiados de que no puede recobrar el conocimiento.
  - Usted tiene demencia avanzada u otra pérdida sustancial e irreversible de función mental.
2. **¿Qué son medidas para prolongar la vida?** Las medidas para prolongar la vida son tratamientos médicos que sólo sirven para posponer la muerte, incluyendo máquinas para respirar, diálisis renal, antibióticos, alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial), y formas similares de tratamiento.
3. **¿Se pueden suprimir o detener medidas para prolongar la vida sin un testamento en vida?** Sí, bajo ciertas circunstancias. Si puede expresar sus deseos, podrá rehusar medidas para prolongar la vida. Si no puede expresar sus deseos, entonces hay que obtener permiso de aquellos individuos que hacen decisiones por usted.
4. **¿Qué tal si usted desea recibir alimentación por tubo (nutrición e hidratación artificial)?** Usted puede expresar su deseo de recibir alimentación por tubo bajo toda circunstancia. Para hacer esto, tiene que poner sus iniciales en la declaración de la Sección 2 de la Parte B.
5. **¿Cómo puede revocar este testamento en vida?** Usted puede revocar este testamento en vida al declarar o escribir de manera clara que desea hacerlo. Por ejemplo, puede destruir el documento, escribir “anulado” sobre el documento, decirle a su doctor que revoca el documento o completar un nuevo testamento en vida.

## Parte C: Al Completar este Documento

Para que esta directriz avanzada sea legalmente válida, tiene que completar todas las tres secciones de la Parte C.

1. Espere a tener dos testigos y un notario público presente, luego firme y feche el documento.
2. Dos testigos tienen que firmar y fechar el documento en la Sección 2 de la Parte C. Estos testigos no pueden ser:
  - su pariente de sangre o político,
  - su heredero, o alguien designado en su testamento a recibir una porción de sus bienes,

- alguien con un reclamo en contra suya o en contra de sus bienes, o
  - su doctor, otro proveedor de atención de salud o empleado de un hospital donde usted sea paciente, o un empleado del asilo de ancianos u hogar de adultos donde usted vive.
3. Un notario público tiene que atestiguar las firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.

## Parte A: Poder Legal para Atención de Salud (Elección de un Agente de Atención de Salud)

Si no desea designar un agente de atención de salud, tache toda esta parte y ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_.

Mi nombre es: \_\_\_\_\_ Mi fecha de Nacimiento es: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(En letra de molde por favor)

### 1. La persona que elijo como mi agente de atención de salud es:

|                  |                     |          |                    |
|------------------|---------------------|----------|--------------------|
| _____            | _____               | _____    |                    |
| primer nombre    | segundo nombre      | apellido |                    |
| _____            | _____               | _____    | _____              |
| dirección: calle | ciudad              | estado   | código postal      |
| _____            | _____               | _____    | _____              |
| teléfono de casa | teléfono de trabajo | celular  | correo electrónico |

Si esta persona no puede o no quiere servir como mi agente de atención de salud, mi siguiente opción es:

|                  |                     |          |                    |
|------------------|---------------------|----------|--------------------|
| _____            | _____               | _____    |                    |
| primer nombre    | segundo nombre      | apellido |                    |
| _____            | _____               | _____    | _____              |
| dirección: calle | ciudad              | estado   | código postal      |
| _____            | _____               | _____    | _____              |
| teléfono de casa | teléfono de trabajo | celular  | correo electrónico |

### 2. Instrucciones Especiales:

NOTA: En esta sección, usted puede incluir **cualquier instrucción especial** que desea que siga su agente de atención de salud, o **cualquier limitación** que desea imponer en las decisiones de atención de salud que pueda hacer su agente, incluyendo decisiones sobre alimentación por tubo, otros tratamientos para prolongar la vida, tratamientos de atención mental, autopsia, disposición de su cuerpo después de fallecer y donación de órganos.

**Si no tiene instrucciones especiales para su agente de atención de salud, o ninguna limitación que desea imponer en la autoridad de su agente, favor trazar una línea sobre esta sección.**

---



---



---



---



---



---



---

### 3. Donación de Órganos:

\_\_\_\_ (iniciales) Mi agente de atención de salud puede donar mis órganos, tejidos o partes después de mi muerte.

(Nota: si no escribe sus iniciales, su agente de atención de salud no podrá donar sus órganos o partes.)

## Parte B: Testamento en Vida

Si no desea preparar un testamento en vida, tache toda esta sección y ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

**Mi nombre es:** \_\_\_\_\_ **Mi fecha de nacimiento es:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(En letra de molde por favor)

**1. Si no puedo hacer o comunicar decisiones de atención de salud, no deseo que se prolongue mi vida con medidas para prolongar la vida en las siguientes situaciones** (puede poner sus iniciales en cualquiera o todas estas opciones):

\_\_\_\_ (iniciales) Tengo una condición que no tiene cura y que resultará en mi muerte en un período de tiempo relativamente corto.

\_\_\_\_ (iniciales) Pierdo el conocimiento y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que nunca recuperaré el conocimiento.

\_\_\_\_ (iniciales) Sufro de demencia avanzada o cualquier otra condición que resulte en una pérdida sustancial en mi habilidad de pensar, y mis doctores determinan, con alto grado de certeza médica, que esto no va a mejorar.

**2. \_\_\_\_ (iniciales) Aunque no deseo que se prolongue mi vida con otras medidas para prolongar la vida en las situaciones para las cuales puse mis iniciales en la sección 1 anterior, SÍ DESEO recibir alimentación por tubo en esas situaciones** (ponga sus iniciales aquí sólo si SÍ desea alimentación por tubo en esas situaciones).

**3. Deseo que me tengan lo más cómodo posible.** Quiero que mis proveedores de atención de salud me tengan lo más limpio, cómodo, y libre de dolor posible, aunque este cuidado pueda apresurar mi muerte.

**4. Mis proveedores de atención de salud pueden contar con este testamento en vida para rehusar o discontinuar medidas para prolongar la vida en las situaciones anteriores donde puse mis iniciales.**

**5. Si he designado un agente de atención en la Parte A de esta directriz avanzada o un documento similar, y ese agente de atención de salud da instrucciones que difieren con los deseos expresados en este testamento en vida, entonces:** (NOTA: ponga sus iniciales en **SÓLO UNA** de las siguientes opciones):

\_\_\_\_ (iniciales) **Sígase este testamento en vida.** Mi agente de atención de salud no puede hacer decisiones que difieran con lo que yo he declarado en este testamento en vida.

\_\_\_\_ (iniciales) **Sígase al agente de atención de salud.** Mi agente de atención de salud tiene autoridad para hacer decisiones que difieran con lo que yo he indicado en este testamento en vida.

