




NUEVO MÉXICO

Introducción a la Ayuda Médica Para Morir



800 247 7421 teléfono
503 360 9643 fax
CompassionAndChoices.org/plan
eolc@CompassionAndChoices.org

Ley de Opciones Para el Fin de Vida
Elizabeth Whitefield de Nuevo México / **02**

Pasos Para Utilizar la Ley / **05**

Platicando Con Su Clínico Calificado / **07**

Lista de Planificación para el Fin de Vida / **08**

Apéndice:

Solicitud de Medicamento Para Terminar
Mi Vida Pacíficamente

Ley de Opciones Para el Fin de Vida Elizabeth Whitefield de Nuevo México

El Elizabeth Whitefield End of Life Options Act o *Ley de Opciones Para el Fin de Vida Elizabeth Whitefield*, autoriza la práctica de ayuda médica para morir. La ley permite que un adulto con una enfermedad terminal que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y con un pronóstico de vida de seis meses o menos, pueda solicitar una receta a un clínico calificado, para obtener un medicamento e ingerir por sí mismo, para tener una muerte pacífica, si su sufrimiento se vuelve insoportable.

Para calificar y obtener el acceso a la ley, la persona debe reunir los siguientes requisitos:

- » Ser un adulto
- » Padecer una enfermedad terminal
- » Pronóstico de vida de seis meses o menos
- » Estar en pleno uso de sus facultades mentales para tomar decisiones propias sobre sus cuidados médicos

La persona también debe ser:

- » Residente de Nuevo México
- » Actuar de forma voluntaria y hacer una decisión informada
- » Capaz de tomar por sí misma el medicamento de ayuda médica para morir

Un clínico calificado se define como lo siguiente:

- » Un Doctor(a) autorizado(a) de conformidad con la Ley de Práctica Médica
- » Un Doctor(a) de Medicina Osteopática autorizado(a) de conformidad con la Ley de Medicina Osteopática
- » Un enfermero(a) autorizado(a) en práctica avanzada, de conformidad con La Ley de Práctica de Enfermería
- » Un asistente médico autorizado de conformidad con la Ley de Asistente Médico o con la Ley de Medicina Osteopática

En la mayoría de los casos, dos clínicos calificados en Nuevo México deben confirmar que la persona reúne los requisitos para utilizar el Elizabeth Whitefield End of Life Options Act o *Ley de Opciones Para el Fin de Vida Elizabeth Whitefield*. Por lo menos uno de los dos clínicos calificados que confirman que la persona reúne los requisitos, deberá ser Doctor(a) en Medicina, o Doctor(a) en Medicina Osteopática.

El criterio para obtener una receta de medicamento de ayuda médica para morir varía, si la persona con una enfermedad terminal está inscrita en cuidados paliativos conocidos en Estados Unidos como *hospicio*. También varía si el proveedor médico que prescribe la receta, es Doctor(a) en Medicina (M.D.), Doctor(a) en Medicina Osteopática (D.O.), u otro clínico calificado, tal como un APRN (Advanced Practice Registered Nurse) o Enfermero(a) de Práctica Avanzada, Physician Assistant (P.A.) o Asistente Médico.

El período de espera para obtener el medicamento también puede variar, dependiendo del criterio del proveedor médico que lo prescribe. El proveedor médico puede renunciar al período de espera de 48 horas, si hay poca probabilidad de que la persona sobreviva dicho período de espera.

En cualquier caso que un proveedor médico tenga duda sobre la capacidad mental de la persona para hacer una decisión informada, el proveedor deberá referir al paciente con un profesional de salud mental, *definiéndolo como*: psiquiatra con licencia estatal, psicólogo(a), un trabajador(a) social principal, un enfermero(a) practicante de psiquiatría, o consejero(a) clínico profesional de salud mental. Estos profesionales determinarán la capacidad mental de la persona y en ese caso, no se podrá prescribir una receta de un medicamento de ayuda médica para morir, hasta que el profesional de salud mental determine que la persona solicitante tiene la capacidad mental para tomar por sí misma, sus propias decisiones médicas.

Una persona puede cambiar de opinión en cualquier momento y retractarse de su solicitud. También puede elegir no auto ingerir el medicamento.

Dos personas deberán ser testigos de la finalización del formulario de solicitud por escrito que se requiere, conforme a la ley. Sólo uno de los testigos puede ser un miembro de la familia. La petición por escrito se hace llenando el formulario proporcionado por el estado 'Request for Medication to End My Life in a Peaceful Manner' o '*Solicitud de Medicamento para Poner Fin a Mi Vida Pacíficamente*', el cual se incluye en este paquete.

Solamente la persona que padece una enfermedad terminal puede hacer la solicitud. La solicitud no puede hacerse a través de una directiva anticipada o por un miembro de la familia, amigo(a) o apoderado de salud. La solicitud debe hacerse directamente con un clínico calificado, y no con el personal del consultorio. Consulte la sección 'Steps' o '*Pasos*' de este documento, para obtener más detalles.

El tipo y dosis del medicamento prescrito de ayuda médica para morir, incluyendo los medicamentos para prevenir náuseas y vómitos, varían en cada persona. El medicamento no se administra mediante vía intramuscular o inyección. La persona con la enfermedad terminal debe tener la capacidad de ingerir el medicamento por sí misma, lo que generalmente requiere que se lo tome o que se utilice una sonda de alimentación, o también por medio de un catéter rectal. Nadie puede administrar el medicamento a la persona con la enfermedad terminal. **El clínico que prescriba el medicamento, enviará la receta directamente a la farmacia. La farmacia NO deberá aceptar una receta directamente de otra persona.** Únicamente un miembro de la familia, o amigo(a) designado(a) por la persona con la enfermedad terminal, podrá recoger el medicamento, el cual también podrá ser enviado por correo expreso nocturno.

Cualquier clínico calificado que tenga preguntas sobre las guías de práctica clínica apropiadas, o preguntas del tipo de medicamento, puede llamar a la línea de consulta gratuita y confidencial: *Doc2Doc de Compassion & Choices* al teléfono 800.247.7421.

Las personas con enfermedades terminales deben comunicarse con sus compañías de seguro, para informarse del tipo de cobertura que contiene su póliza de seguro personal. También deberán asegurarse de preguntarle a su clínico calificado o a su farmacia, sobre el costo del medicamento. Algunas pólizas de seguro médico cubren el costo del medicamento de ayuda médica para morir, incluyendo las visitas con el clínico calificado. Otros seguros como Medicare, no lo cubren.

Medicamento No Utilizado:

No hay tiempo límite para que una persona ingiera el medicamento. Una vez que se surte la receta, la persona puede conservar el medicamento en su poder, aún y cuando decidiera no utilizarlo. No hay obligación de ingerir el medicamento. Si la persona para quien fue recetado el medicamento, no lo ingiere o no lo llega a utilizar completamente, el medicamento deberá ser desechado de una forma segura y de acuerdo con los reglamentos de las leyes estatales y federales. Hay que tener muy en cuenta que utilizar el medicamento de otra persona, es en contra de la ley. Si la persona con enfermedad terminal elige personalmente recoger el medicamento que le fue recetado, él o ella deberá asignar a una persona que se hará responsable de la eliminación legal de cualquier medicamento de ayuda médica para morir que no se haya utilizado, después de su muerte.

Qué hacer con el medicamento que no fue utilizado:

- » Utilice el siguiente sitio web para buscar una ubicación de desechos públicos de sustancias controladas, que se encuentre ubicado cerca de usted: <https://apps.deadiversion.usdoj.gov/pubdispsearch/spring/main?execution=e1s1>
- » Comuníquese con el farmacéutico para obtener más información.

Si los farmacéuticos tienen cualquier pregunta, pueden llamar a la línea de consulta gratuita y confidencial *Pharmacist2Pharmacist* de *Compassion & Choices*, al teléfono: 503.943.651, para obtener más información.

Pasos Para Utilizar La Ley

- 1. Las personas inscritas en cuidados paliativos conocidos en Estados Unidos como *hospicio*, están consideradas en etapa terminal, según el estándar de cuidados de salud y no se requiere una segunda confirmación, si el proveedor clínico que prescribe la receta es Doctor(a) en Medicina (M.D.) o Doctor(a) en Medicina Osteopática (D.O).** Si el proveedor clínico que prescribe a una persona inscrita bajo cuidados paliativos u *hospicio*, es un enfermero (a) de práctica avanzada (A.P.R.N.), o asistente médico (P.A.), ellos deberán obtener una confirmación hecha por escrito, del Doctor(a) en Medicina (M.D.) o del Doctor(a) en Medicina Osteopática (D.O.) del *hospicio*, o de algún otro asesor de consulta del M.D. o del D.O., antes de que se prescriba una receta. La confirmación deberá contener lo siguiente: 1.) La capacidad mental de la persona para tomar decisiones de cuidados médicos para el fin de vida 2.) La capacidad física para ingerir los medicamentos de ayuda médica para morir por sí mismo(a).
- 2. Si el proveedor clínico que prescribe a una persona que no está inscrita bajo los cuidados paliativos u *hospicio*, es un enfermero(a) de práctica avanzada (A.P.R.N.), o un asistente médico (P.A.),** ellos deberán obtener una confirmación por escrito, de un asesor(a) de consulta del Doctor(a) en Medicina o del Doctor(a) (M.D.) en Medicina Osteopática (D.O.), antes de que se prescriba una receta. La confirmación deberá contener lo siguiente: 1.) El diagnóstico y pronóstico terminal del paciente 2.) La capacidad mental del paciente para tomar sus decisiones propias de cuidados médicos para el fin de vida y 3.) La capacidad del enfermo(a) terminal para ingerir el medicamento de ayuda médica para morir, por sí mismo(a).
- 3. Si el proveedor clínico que prescribe una receta a una persona que no está inscrita en cuidados paliativos u *hospicio*, es un Doctor(a) en Medicina (M.D.) o un Doctor(a) en Medicina Osteopática (D.O.),** ellos deberán obtener una confirmación por escrito de un asesor(a) de clínico calificado antes de que sea prescrita la receta médica, sobre lo siguiente: 1.) El pronóstico terminal del paciente 2.) La capacidad mental de la persona para tomar decisiones de cuidados médicos para el fin de vida 3.) La capacidad la persona para ingerir un medicamento de ayuda médica para morir, por sí misma.
- 4. Si se considera necesario** verificar la capacidad mental de un paciente para tomar sus propias decisiones de cuidados médicos, la capacidad mental también deberá ser confirmada por un(a) psiquiatra, psicólogo(a) o trabajador(a) social clínico autorizado.
- 5. El formulario de ‘Solicitud de Medicamento para Poner Fin a Mi Vida Pacíficamente’,** deberá completarse y entregarse directamente al clínico calificado que prescriba la receta. **Este formulario deberá ser presenciado por dos testigos.** Lea el formulario detenidamente, para determinar quién puede ser o no ser testigo.
- 6. Una receta de medicamento de ayuda médica para morir se puede surtir por lo menos en 48 horas, después de que un clínico calificado(a) haya prescrito la receta. El clínico que prescribe la receta, puede renunciar a este período de espera, si se confirma que**

la persona solicitante, puede morir durante el período de espera. La receta deberá ser directamente enviada a la farmacia por el clínico calificado, y no por usted, por un familiar o por un amigo(a). La farmacia podrá requerir tiempo para ordenar el medicamento. Algunas farmacias pueden preparar el medicamento antes de ser entregado, si el clínico calificado agrega esta orden a la receta.

- 7. El período de espera en Nuevo México, entre la solicitud del medicamento y el surtido de la receta, es de 48 horas, pero el proceso podría tomar más tiempo.** Se recomienda a las personas que tengan interés en la ayuda médica para morir, que la consideren como una de sus opciones de cuidados médicos para el fin de vida. Deben empezar a platicar con sus proveedores de cuidados médicos con suficiente anticipación. Una vez que la receta sea prescrita, usted puede optar por mantenerla guardada en la farmacia, si usted así lo desea, o hasta cuando usted decida ingerir el medicamento. No es necesario que usted pague el medicamento. Sólo se pagará hasta que la receta sea surtida.
- 8. La solicitud puede ser retirada en cualquier momento.** No existe ninguna obligación para ingerir el medicamento de ayuda médica para morir, simplemente porque usted lo tenga en su poder. Muchas personas encuentran consuelo con el sólo hecho de saber que el medicamento está disponible. Si la persona con la enfermedad terminal decide recoger el medicamento personalmente, él o ella deberán asignar a una persona que se hará responsable de la eliminación segura del medicamento, si finalmente decide *no* ingerir el medicamento.

Platicando Con Su Clínico Calificado

Algunas personas se sienten ansiosas al platicar sobre el tema de ayuda médica para morir, con sus clínicos calificados. Al explicarles sus preferencias personales de cuidados médicos durante el inicio de su enfermedad, usted tendrá más probabilidades de tener una experiencia de fin de vida, que esté de acuerdo a sus valores personales.

SUGERENCIAS DE CÓMO PUEDE USTED PLATICAR CON SUS CLÍNICOS CALIFICADOS SOBRE LA AYUDA PARA MORIR

Lenguaje para una persona que **NO PADECE** una enfermedad terminal:

Yo valoro la calidad de vida. Si yo ya no pudiera encontrar dignidad en mi vida y yo cumpla con los requisitos legales, me gustaría tener la opción de utilizar el Elizabeth Whitefield End of Life Options Act o Ley de Opciones Para el Fin de Vida Elizabeth Whitefield.

Espero que usted pueda llevar a cabo mis decisiones y respetar mis valores personales, así como yo respeto los suyos. ¿Podría usted prescribir una receta de ayuda médica para morir, en caso de que yo reuniera los requisitos para hacer uso del Elizabeth Whitefield End of Life Options Act o Ley de Opciones Para el Fin de Vida Elizabeth Whitefield? Si usted no acepta mi solicitud, por favor dígame ahora mismo.

Lenguaje para una persona que **SI PADECE** una enfermedad terminal:

*Deseo la opción de adelantar el tiempo de mi muerte, si mi sufrimiento se vuelve insoportable. ¿Reúno los requisitos para poder hacerlo? En el caso de ser afirmativo, ¿usted me prescribirá una receta para obtener un medicamento de ayuda médica para morir, de acuerdo con el Elizabeth Whitefield End of Life Options Act o Ley de Opciones Para el Fin de Vida Elizabeth Whitefield? Si usted **no** prescribe la receta, ¿registrará en mi expediente médico que yo reúno los requisitos para hacer uso de la ley y me referirá a un clínico calificado que sí pueda hacerlo y que esté dispuesto a cumplir con mi petición?*

*Y si yo **no** reúno los requisitos, ¿qué debería cambiar en mi estado de salud para que reúna yo los criterios de la Ley de Opciones Para el Fin de Vida Elizabeth Whitefield?*

*Y si yo **no** reúno los requisitos para solicitar ayuda médica para morir, ¿**existen** otras opciones para el fin de vida?*

Independientemente de la respuesta de su clínico calificado, es importante que usted pida que su solicitud de ayuda médica para morir, sea registrada en su expediente médico.

Usted puede mencionar que Compassion & Choices brinda consultas gratuitas y confidenciales a los clínicos calificados que tienen preguntas sobre las opciones para el fin de vida, incluyendo la ayuda médica para morir, a través de nuestro programa de consulta Doc2Doc al 800.247.7421. Siéntase cómodo(a) de entregarles la 'Carta para su Clínico Calificado' la cual está incluida en este paquete.

Lista de Planificación para el Fin de Vida

Consulte el Centro de Recursos para el Fin de Vida de Compassion & Choices para obtener más información en CompassionAndChoices.org/information.

Muchas personas posponen hacer arreglos para el fin de vida. Planificar con anticipación, permite que las personas puedan pasar sus últimos días de vida con amigos y familiares, mientras se enfocan en vivir el presente. Informar a sus seres queridos de sus deseos personales con anticipación, los libera de la posible carga de tener que tomar decisiones por usted, sobre sus arreglos finales para el fin de vida.

Considere si alguna de las siguientes cuestiones es apropiada para su situación personal:

- Directiva Anticipada o Testamento Vital
- Identificando y nombrando a un apoderado de cuidados médicos (también llamado agente con poder notarial permanente, o representante de cuidados médicos)
- MOLST (Medical Orders for Scope of Treatment) u Órdenes Médicas para el Alcance del Tratamiento) y/o DNR (Do not Resuscitate) u Órdenes de NO Resucitar)
- Última Voluntad y Testamento o Fideicomiso en Vida
- Pólizas de Seguro de Vida
- Servicios Funerarios y / o Arreglos Funerarios
- Instrucciones detalladas sobre finanzas (cuentas bancarias, pensiones, inversiones, propiedades, etc)

Conozca Más Recursos:

Encuentre formularios, videos y recursos para pacientes y médicos en:
CompassionandChoices.org/NewMexico

Y visite a nuestro socio local *End of Life Options New México* en:
endoflifeoptionsnm.org

800 247 7421 teléfono

503 360 9643 fax

CompassionAndChoices.org/plan

eolc@CompassionAndChoices.org

El Programa de Consulta de Compassion & Choices sobre el Fin de Vida (EOLC), proporciona información de la gama completa de opciones disponibles para el fin de vida. EOLC y sus representantes no brindan asesoría médica o legal. Simplemente informamos a las personas sobre las opciones que se encuentran disponibles.

Solicitud de Medicamento Para Terminar Mi Vida

Yo, _____, soy un adulto que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales. Padezco una enfermedad terminal que es una enfermedad o afección incurable e irreversible y que de acuerdo al juicio médico razonable, mi enfermedad resultará en la muerte dentro de los próximos seis meses. Mi proveedor de cuidados médicos ha determinado que mi enfermedad se encuentra en fase terminal. _____ (Iniciales del Paciente)

Se me ha informado plenamente sobre mi diagnóstico y pronóstico de vida, así también como de la naturaleza de la ayuda médica para morir y del medicamento que se prescribirá, así como de los posibles riesgos asociados con el medicamento. Asimismo, del resultado esperado y de los tratamientos alternativos, concurrentes o adicionales que se encuentran disponibles, incluyendo los cuidados paliativos u *hospicio*, como se conoce en Estados Unidos, para calmar los síntomas y reducir el sufrimiento. _____ (Iniciales del Paciente)

Solicito que mi proveedor de cuidados médicos, me recete un medicamento que terminará con mi vida, pacíficamente, si elijo ingerir el medicamento por mí mismo(a). Asimismo, yo le autorizo a mi proveedor de cuidados médicos, para que se comunique con un farmacéutico que esté dispuesto a cumplir con esta solicitud. _____ (Iniciales del Paciente)

Entiendo que tengo derecho de rescindir de esta solicitud en cualquier momento. _____ (Iniciales del Paciente)

Entiendo la importancia total de esta solicitud, y espero morir, si yo elijo tomar por mí mismo(a) el medicamento de ayuda médica para morir. También entiendo que aún y cuando la mayoría de las muertes ocurren durante un lapso de tres horas, mi muerte podría demorar más tiempo. Mi proveedor de cuidados médicos, me ha aconsejado sobre esta posibilidad. _____ (Iniciales del Paciente)

Hago esta solicitud de forma voluntaria y sin ninguna reserva.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:

Declaramos que la persona que firma esta solicitud:

1. Es conocida personalmente por nosotros o que se nos ha proporcionado su prueba de identidad.
2. Que la persona firmó esta solicitud en nuestra presencia.
3. Que la persona aparenta estar en uso de sus facultades mentales y que no se encuentra bajo coerción alguna, fraude o influencia indebida.
4. Que la persona *no* es paciente de nosotros los proveedores de cuidados médicos.

Testigo 1:

Testigo 2:

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Relación con el Paciente: _____

Fecha: _____

NOTA: **No** se permite que más de un testigo sea pariente consanguíneo, o familiar por lazos de matrimonio o adopción de la persona que firma esta solicitud. Solamente uno de los testigos puede ser propietario, operador o empleado de un centro de cuidados médicos, donde la persona que firma esta solicitud, es un paciente o residente.

Certificación del Proveedor Médico (opcional):

Firma del Proveedor Médico que Prescribe la Receta: _____

Fecha de la Receta Prescrita: _____

*NOTA: La Certificación del Proveedor Médico **no** es ni obligatoria, ni necesaria para el formulario de Petición de Ayuda Médica para Morir. Sin embargo, la Oficialía de Investigación Médica podría solicitar prueba de que la persona sea el paciente que solicita Ayuda Médica para Morir. Se recomienda ampliamente que se tenga una copia en el expediente médico del paciente, tanto de la Petición de Ayuda Médica para Morir, como de la Certificación del Proveedor Médico. También se recomienda tener dichos documentos a la mano.*