

Mis Decisiones al Final de la Vida

Guía de Planificación Avanzada
y Juego de Herramientas



compassion
& choices

Care and Choice at the End of Life



GUÍA DE PLANIFICACIÓN AVANZADA / 01

Primer Paso: ¿Qué Es lo Más Importante Para Usted? / 03

Ponga Sus Prioridades por Escrito: Su Directiva Anticipada / 04

Lo Que Yo Deseo: Decisiones Sobre Medidas de Soporte Vital / 06

Lo Que Yo Deseo: Otros Documentos Que Explican Sus Opciones / 08

Quién Hablará por Mí: Elegir a Su Representante / 10

**Ponga en Práctica Sus Planes: Asegura Que
los Proveedores de Salud Cumplan con Sus Deseos / 11**

La Mejor Garantía: Una Conversación Continúa / 13

JUEGO DE HERRAMIENTAS / 15

Lista de Verificación de Planes / 16

Hoja de Valores / 17

Mis Deseos Particulares Sobre Terapias Que Podrían Sustentar la Vida / 21

Provisión de Demencia / 23

Carta de Deseos de Fin de Vida Para Mi Proveedor de Salud / 31

Directiva de Atención Médica Sectaria / 33

Cláusula Adjunta al Acuerdo Residencial de Vida Asistida / 35

Autorización de Visitas al Hospital / 37

EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS / 39

Para encontrar esta guía en línea o para obtener información sobre la gama completa de opciones de fin de vida, por favor visite el Centro de Recursos Para Planear su Cuidado de Compassion & Choices en CompassionAndChoices.org/end-of-life-planning, o llame al 800.247.7421 para hablar con uno de nuestros experimentados consultores de fin de vida.

GUIA DE PLANIFICACIÓN AVANZADA

La muerte nos llega a todos eventualmente. No la podemos evitar. Pero sí podemos indicar cómo nos gustaría que fueran nuestros últimos días. La planificación avanzada es clave: tomar decisiones inteligentes ahora, incluirlas en una directiva de voluntad anticipada por escrito y discutir esas elecciones con los demás. La planificación avanzada ayuda a garantizar que recibamos la atención que deseamos y evita lo que no queremos, incluso si no pudiéramos hablar por nosotros mismos.

Sobre la Guía de Planificación Avanzada

Al igual que muchas personas, es posible que usted haya pospuesto tomar las decisiones sobre su atención de fin de vida. Pensar o hablar sobre temas relacionados con el final de la vida puede ser difícil, y organizar los documentos puede parecer desalentador. Es por eso que hemos desarrollado esta guía de planificación avanzada.

La guía lo ayudará a analizar sus prioridades para la atención al final de la vida, completar una declaración de voluntad anticipada y otros formularios que pueda necesitar, elegir un representante para que hable en su nombre en caso que usted no pueda hacerlo y considerar las intervenciones médicas comunes al final de la vida para especificar lo que desea o no hasta el final. También, lo guiará para tener conversaciones importantes con sus proveedores de cuidado médico y sus seres queridos.

Sobre el Juego de Herramientas

Al final de esta guía encontrará una serie de formas y formularios de planificación que puede desprender para su uso. Lo ayudarán en el proceso de planificación y a incluir detalles específicos a su declaración de voluntad anticipada.



Dolores Huerta

Icono de los derechos civiles y miembro del Consejo de Liderazgo Latino

“Esta es una excelente oportunidad para acercarnos a nuestros seres queridos y empezar a tener esas pláticas difíciles — pero necesarias sobre la planificación anticipada de cuidados para fin de vida. La planificación brinda paz. Entonces, ¿por qué no planear?”

(ver página 4)



Rev. Charles McNeill

Pastor y miembro del Consejo de Liderazgo Afroamericano

“La planificación anticipada solo funciona cuando en realidad se hace. Cuando la vida cambia, hay que cambiar los planes. Hablar sobre sus deseos para el fin de la vida debería ser una plática recurrente con sus seres queridos y proveedores médicos, para que todos sepan el tipo de atención que usted desea”.

(ver página 5)

Primer Paso: ¿Qué Es lo Más Importante Para Usted?

El punto de partida para su plan de fin de vida son sus propios valores y prioridades. ¿Qué es importante para usted? Imagínese a sí mismo en una situación de fin de vida. ¿Qué tipo de cuidado le gustaría? Ahora imagine una situación que lo deja incapaz de cuidarse o hablar por sí mismo. ¿Qué es lo más importante para usted en ese tipo de escenario? ¿Qué es lo que no quiere que pase?

AL IMAGINAR ALGUNAS SITUACIONES GENERALES, CONSIDERE:

- » **SUS CREENCIAS Y VALORES PERSONALES.**
¿Cómo afectan sus creencias espirituales o religiosas su actitud ante las enfermedades terminales, las decisiones de tratamiento o la muerte? ¿Querría tratamientos que lo mantengan con vida sin importar las circunstancias, o cree que cuando no hay esperanza de recuperación, se debe permitir la muerte natural?
- » **PREOCUPACIONES DE CALIDAD DE VIDA.**
¿Qué habilidades básicas piensa que son importantes para desear seguir viviendo? Por ejemplo, ¿cree que debe tener la capacidad de reconocer a sus seres queridos o comunicarse con otros?
- » **TIPOS DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL.**
Hay procedimientos o tratamientos específicos que desearía o definitivamente no desearía si le diagnostican una enfermedad terminal?
- » **SU RED DE APOYO.** ¿Hay algún médico en particular que pueda ayudar a su familia a dirigir su atención? ¿Hay alguien a quien usted no desea que se involucre en sus decisiones de atención médica?

En el Juego de Herramientas al final de este folleto, encontrará una hoja de valores con más preguntas de ayuda. También le será de gran beneficio compartir lo que piensa con otras personas. Dialogar con sus seres queridos sobre los problemas al fin de vida puede llevar a revelaciones importantes y conexiones más profundas. Hablar con su médico puede darle una noción de autoridad sobre sus decisiones de atención médica. Si no es así, considere buscar otro médico.



En el Juego de Herramientas:

La **Hoja de Valores** de Compassion & Choices contiene más preguntas de ayuda para analizar sus prioridades. Lo encontrará en la página 17 en el Juego de Herramientas de Planificación Avanzada.

Ponga Sus Prioridades Por Escrito: Su Directiva Anticipada

Una directiva anticipada o una declaración de voluntad anticipada es el pilar fundamental de su planificación. Así dejará en claro sus preferencias de fin de vida, en caso que usted no pueda tomar o compartir las decisiones del tratamiento médico por sí mismo. Por lo general, una directiva anticipada incluye un testamento en vida (“lo que quiero”) y un apoderado legal permanente (“quién hablará por mí”). También puede incluir otros documentos para explicar sus deseos.

Su testamento vital especifica qué tipos de tratamiento y atención de soporte vital desearía o no. Su apoderado legal autoriza a alguien de su confianza para que actúe como su representante y tome decisiones médicas en caso que usted no pueda tomarlas. Estos son documentos de atención médica y no incluyen asuntos financieros, patrimoniales o comerciales. Las directivas anticipadas solo son útiles si se completan antes de una crisis de salud y si están disponibles cuando no pueda hablar por sí mismo.

CÓMO COMPLETAR LA DIRECTIVA ANTICIPADA ESPECÍFICA DE SU ESTADO

Muchos estados tienen sus propios formularios con reglas específicas que deben usarse. Estas pueden encontrarse en el sitio web de su estado o en el sitio web de Compassion & Choices. Para usar nuestro sitio, vaya a [CompassionAndChoices.org/_____](https://CompassionAndChoices.org/) (escriba el nombre de su estado después del /). Luego haga clic en la casilla etiquetada Directiva Anticipada.



Por lo general, la directiva anticipada incluye un testamento en vida (“lo que quiero”) y un poder legal duradero (“quién hablará por mí”). También puede incluir otros documentos.



Beneficiarios de Medicare, ¡Favor de Tomar Nota!

Hoy en día, Medicare reembolsa a los médicos por sesiones de 30 minutos sobre la planificación anticipada de atención a los pacientes. Este servicio incluye conversaciones antes de que la enfermedad progrese y durante el curso del tratamiento. Si usted es un beneficiario de Medicare, puede preguntar a su médico si desea agregar la planificación de atención anticipada a su visita anual o visita de rutina. Para más información, vea la cobertura de Medicare Coverage of Advanced Care Planning o *Cobertura de Medicare para la Planificación Anticipada de Cuidados de Atención*, disponible en Coalitionccc.org.

CÓMO DAR A CONOCER SU DIRECTIVA ANTICIPADA

La declaración de voluntad anticipada puede ser útil para su médico y otras personas cercanas a usted cuando deben tomar decisiones en su nombre. Sin embargo, los documentos por sí solos no garantizan su cumplimiento. Por eso es importante nombrar a alguien que entienda y apoye sus valores, como un representante o agente de atención médica, y tomarse el tiempo para comunicar sus deseos a esa persona de la manera más completa y clara posible.

También es una buena idea llevar una lista de instrucciones previas actualizada a su médico para discutir sus deseos de atención médica y hacer que el documento sea añadido a su expediente médico.

AÑADIR OTROS DOCUMENTOS

En esta guía, encontrará referencias a otros recursos que se pueden agregar o acompañar en sus directivas anticipadas de cuidados para fin de vida. Los documentos y enlaces se encuentran en el Juego de Herramientas de Planificación Avanzada que se incluyen en esta guía y en nuestro sitio web en CompassionAndChoices.org/end-of-life-planning. Algunas órdenes específicas deben ser recetadas por un médico. Entre más información pueda brindar para evitar interpretaciones contradictorias en cuanto a sus preferencias, mayor será la posibilidad de que se cumplan.

GUARDAR Y REVISAR SU DIRECTIVA ANTICIPADA

Para que sea útil, su directiva anticipada debe ser fácilmente accesible y estar actualizada. Déle una copia a su representante de cuidados médicos designado, mantenga otra en un lugar obvio de su casa para que su representante o sus seres queridos puedan encontrarlo, y lleve una copia a su doctor para que lo guarde en su expediente médico. Revise sus documentos regularmente.

ESTOS SON ALGUNOS CONSEJOS PARA MANTENER AL DÍA SU DIRECTIVA ANTICIPADA:

- » Verifique que su representante designado siga siendo quien usted desea que hable por usted y que sus circunstancias no hayan cambiado.
- » Si actualiza su declaración de voluntad anticipada (puede hacerlo en cualquier momento), descarte el documento que ya no desea y reemplácelo por una versión revisada. Comparta la versión revisada y pida a otros que descarten la que ya no desea.
- » Considere llevar consigo una copia cuando viaje o cuando esté fuera de casa por un período prolongado.



Una directiva anticipada es una parte clave de cualquier plan para el final de la vida. Le permite a los demás saber “lo que yo deseo” y “quién hablará por mí” si usted es incapaz de tomar o comunicar las decisiones sobre el tratamiento médico por sí mismo. Llénelo lo antes posible, comuníquelo en su totalidad y haga que sea fácil de encontrar.

Lo Que Yo Deseo: Decisiones Sobre Medidas de Soporte Vital

Sin duda, la industria médica ha hecho avances increíbles en las últimas décadas. Pero para aquellas personas cuyas enfermedades no tienen cura o para aquellas personas que no pueden recuperar su funciones de vida independiente, este avance presenta un nuevo dilema. Se requieren decisiones personales sobre cuánto tratamiento es suficiente. La persona debe especificar sus deseos entre un tratamiento terapéutico y un tratamiento no deseado. La decisión más difícil para muchas personas es en qué momento debemos prolongar la vida una vez que haya dejado de ser "vida", según la definamos.

Las intervenciones médicas se introducen comúnmente cuando las funciones biológicas ya no pueden mantenerse por sí solas. También conocidas como "medidas para mantener la vida" o "soporte vital", estas intervenciones a menudo incluyen ventilación artificial para permitir la respiración, medicamentos para estimular la función cardíaca, y nutrición e hidratación artificial para aquellos que no pueden tragar.

Las formas de las directivas anticipadas de muchos estados mencionan por lo menos dos escenarios en los que se podrían aplicar intervenciones para mantener la vida: inconsciencia permanente y una enfermedad terminal. Puede indicar en el formulario si desea o no continuar con el soporte vital en esas circunstancias. A menudo, las personas con enfermedades terminales no quieren soporte vital porque sólo prolongarán el proceso de muerte.

Para personalizar aún más las declaraciones de voluntad anticipada, puede tachar o indicar con sus iniciales cualquier escenario que no desee incluir, y puede anotar cualquier otra cosa que considere importante. Al tomar decisiones sobre el soporte vital, tenga en cuenta no sólo la enfermedad terminal, sino también los eventos catastróficos como un paro cardíaco repentino o un traumatismo craneoencefálico conocido en inglés como *traumatic brain injury*.

SOLICITAR LA SUSPENSIÓN O EL RETIRO DEL TRATAMIENTO

El soporte vital se considera "denegado" cuando una persona o su representante instruye a los proveedores médicos a no iniciar una terapia médica para mantener la vida, y el resultado esperado es que la persona morirá sin ella. Esta opción es a menudo seleccionada por personas que tienen una enfermedad terminal y que ya han comenzado el proceso de muerte.

El soporte vital se considera "denegado" cuando se interrumpe una terapia iniciada. A menudo, la persona, o su representante o miembros de la familia, y el médico que la atiende acordarán un ensayo limitado en el tiempo de la terapia de soporte vital, con la esperanza de que mejore. Si la persona no mejora dentro de ese período de tiempo, se suspende la terapia.

Usted puede dirigir sus propios cuidados médicos si está consciente y tiene la capacidad mental de hacerlo. Esto cambia una vez que usted es incapaz de hablar por sí mismo. Algunas leyes estatales pierden la capacidad requieren que registre por escrito su preferencia de que se le retenga el soporte vital. En estos estados, el soporte vital siempre se inicia, a menos que hayan escrito documentos solicitando lo contrario. Incluso su representante designado no puede cambiar esto. Si desea que se le retenga o retire el soporte vital después de un período determinado (tres días, tres semanas, tres meses), debe indicarlo en sus directiva anticipada.



Algunas leyes estatales requieren que registre su preferencia por escrito para que se le retenga el soporte vital. En estos estados, el soporte vital siempre se inicia a menos que haya escrito documentos solicitando lo contrario.

ALGUNAS TERAPIAS PARA CONSIDERAR

Ventilación Artificial: A veces llamada ventilación mecánica, esto se usa a menudo cuando los pacientes no pueden respirar satisfactoriamente por sí mismos. Se inserta una sonda a través de la boca hacia la tráquea, y una máquina empuja una combinación precisa de oxígeno y aire hacia los pulmones a una velocidad y presión controladas. La sonda también se puede insertar a través de un orificio en la garganta, llamado traqueotomía. Algunas personas reciben ventilación artificial y luego se les retira lentamente, pero es poco probable que muchas otras recuperen la capacidad de respirar por sí mismas. Cuanto más tiempo una persona usa ventilación artificial, menos probable es la recuperación.

Medicamentos para estimular la función cardíaca: La mayoría de las personas que experimentan insuficiencia cardíaca necesitan tomar medicamentos para regular el funcionamiento de su corazón o para reiniciarlo si se detiene. Es posible que las personas que padecen una enfermedad terminal no deseen que el tratamiento les reanude el corazón si tan sólo prolonga el proceso de la muerte.

Nutrición e hidratación artificial: La nutrición y la hidratación se proporcionan a las personas

que no pueden tragar, a las que no pueden tragar cantidades suficientes o no pueden absorber la nutrición a través del estómago. Para alguien que no puede tragar, la nutrición y la hidratación se pueden proporcionar a través de una sonda nasogástrica (NG), que se inserta a través de la nariz, o una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), que se inserta quirúrgicamente a través de la pared abdominal directamente en el estómago.

En un número creciente de estados, la ley presupone que usted desearía ser alimentado e hidratado artificialmente a menos que tenga una instrucción por escrito que rechace específicamente este tratamiento. Si no desea este tratamiento, debe registrarlo en sus instrucciones previas. Si tiene una enfermedad terminal y decide no ser alimentado artificialmente, aún puede recibir hidratación artificial, generalmente por vía intravenosa. Considere incluir otros detalles sobre su decisiones de nutrición en sus instrucciones. Como ejemplo, tenga en cuenta que la alimentación con cuchara puede continuar siempre que tenga la capacidad de masticar y tragar, incluso si ha perdido todas las capacidades cognitivas. Si tal situación es una preocupación, puede documentar que usted rechaza la alimentación con cuchara como parte de sus instrucciones previas.



La mayoría de los formularios de las directivas anticipadas de los estados, le permiten indicar sus preferencias con respecto al soporte vital en caso de pérdida permanente de la conciencia o enfermedad terminal. También puede incluir instrucciones adicionales.

Lo Que Yo Deseo: Otros Documentos Que Explican Sus Opciones

PERMITIR LA MUERTE NATURAL Y LAS ORDENES DE NO RESUCITAR

Permitir La Muerte Natural (AND) y Las Ordenes De No Resucitar (DNR) son escritas por un médico. A menudo llamados simplemente DNR, dicha orden médica indica a los proveedores de salud que no intenten reanimarlo si su corazón se detiene. Esta opción a veces es seleccionada por personas que, por razones médicas, no se beneficiarían de la reanimación cardiopulmonar conocida como (CPR). Consulte a su médico si tal orden es apropiada para usted. Algunos estados le permiten incluir instrucciones de DNR como parte de su instructivo anticipado. Si el suyo no lo hace, necesitará un documento por separado.

Es posible que las instrucciones de DNR en su directiva anticipada no se apliquen si recibe atención de emergencia, como en el caso de un colapso repentino. Si usted no desea bajo ninguna circunstancia que se le aplique la reanimación, necesita un formulario aparte de su directiva anticipada, a veces llamado un 'No Reanimar Fuera del Hospital'.

ÓRDENES DNR NO REANIMAR FUERA DEL HOSPITAL

Las órdenes DNR No Reanimar Fuera del Hospital son escritas por un médico, generalmente solo para personas con enfermedades terminales, o personas extremadamente mayores y frágiles que no desean ser revividas y solo quieren cuidados de confort. Se aplican en caso de un evento médico en cualquier lugar fuera de un centro de salud. Si su médico aprueba su solicitud de un DNR fuera del hospital, se le informará cómo mostrar correctamente el documento y es posible que deba usar un brazalete o collar que indique

que tiene dicha orden. Algunos estados requieren que se coloque una copia e en el refrigerador u otro lugar visible de su hogar.

Las órdenes DNR fuera del hospital pueden ser difíciles de hacer cumplir. El personal de emergencia rara vez retiene la reanimación y no está obligado a buscar la documentación de DNR fuera del hospital en una emergencia. Para rechazar todos los esfuerzos de emergencia, deberá instruir a la familia y a los vecinos con mucha anticipación, no llamar al 911 si lo encuentran sin signos de respiración o latidos cardíacos.

Para obtener más información sobre lo que debe hacer para asegurarse que los paramédicos cumplan con su DNR fuera del hospital, puede llamar a su servicio de ambulancia local o al departamento de bomberos.

ÓRDENES MÉDICAS PARA EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST O MOLST)

La mayoría de las veces se llama POLST, pero a veces MOLST, u órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital son escritas por un médico. Son un medio para traducir su directiva anticipada en órdenes médicas que todo personal médico debe seguir. Su médico puede usar el formulario POLST para escribir órdenes que reflejen los tipos de tratamiento de soporte vital, como la reanimación cardiopulmonar conocida como CPR o la alimentación por sonda, que usted quiere o no dada su situación médica.

Las órdenes POLST no son para todos. Sólo para los pacientes con una enfermedad o fragilidad lo suficientemente grave como para que un profesional de la salud no se sorprenda si mueren en el plazo de un año. Para estos pacientes, su



En el Juego de Herramientas:

Puede agregar los formularios **Mis Deseos Particulares** (página 21) y **Provisión de Demencia** (página 23) a su directiva anticipada para proporcionar más detalles sobre sus preferencias con respecto a intervenciones específicas.

estado de salud actual indica la necesidad de órdenes médicas permanentes. Para los pacientes más sanos, una directiva anticipada es una herramienta más apropiada para dar a conocer sus deseos de atención futura.

Actualmente, sólo alrededor de la mitad de los estados tienen formularios POLST disponibles, y los formularios tienen una variedad de títulos diferentes. Hay un sitio web dedicado, Polst.org, que puede visitar para obtener más información. O puede hablar con su médico sobre si su estado utiliza o no una versión de POLST.

ANEXO A LA DIRECTIVA ANTICIPADA: MIS DESEOS PARTICULARES SOBRE TERAPIAS QUE PODRÍAN SUSTENTAR LA VIDA

Puede incluir más detalles sobre sus deseos con respecto a las intervenciones específicas de soporte vital en su declaración de voluntad anticipada, completando este formulario de Compassion & Choices, incluido en el juego de herramientas. Enumera una gama de tratamientos, incluyendo las intervenciones de soporte vital descritas anteriormente. Para cada tratamiento que figura en la lista, podrá verificar que usted está de acuerdo con el tratamiento, que está de acuerdo con un período de prueba o que lo rechaza. También puede utilizar el formulario como base para consulta.

ANEXO A LA DIRECTIVA ANTICIPADA: PROVISIÓN DE DEMENCIA

La mayoría de las declaraciones de directiva anticipada surten efecto cuando una persona no tiene la capacidad de tomar decisiones sobre su cuidado médico y se encuentra permanentemente inconsciente o con una enfermedad terminal. Por lo general, estas declaraciones no incluyen disposiciones que se refieren a los casos en que una persona no está muriendo, sino que ha perdido la capacidad de tomar decisiones y la capacidad de alimentarse por sí misma debido a la demencia severa. Puede agregar una disposición sobre la demencia a su directiva anticipada para informar a los médicos y a la familia de sus deseos específicos sobre la nutrición artificial e hidratación, incluyendo la alimentación con cuchara. Hemos proporcionado uno en el juego de herramientas. Tenga en cuenta que no todas las instalaciones de cuidado de la memoria o de cuidado a largo plazo respetarán tal directiva, por lo que querrá explorar el tema antes de ser admitido. Para disminuir la posibilidad de que sus preferencias sean cuestionadas, también puede considerar grabar en video una declaración que explique por qué ha completado una directiva de demencia, y dejar en claro que ha tomado su decisión sin presión ni coacción.

Para llenar una provisión de demencia personalizada, visite values-tool.CompassionAndChoices.org.

Quién Hablará por Mí: Elegir a Su Representante

El representante que usted nombre en su poder notarial médico tiene el poder de abogar por sus deseos médicos y tomar decisiones de cuidado médico si usted no puede hacerlo.

FACTORES A CONSIDERAR AL ELEGIR UN REPRESENTANTE

Su representante puede ser cualquier persona de confianza que tenga al menos 18 años de edad: sus familiares, otro miembro de la familia u otra persona. Sin embargo, no puede designar a su médico de cabecera ni a ningún otro profesional de la salud que participe en su cuidado, a menos que sean parientes de sangre, matrimonio o adopción. Usted puede nombrar a un representante alternativo para que intervenga si su hijo(a) primario(a) no está disponible. Una vez que haya elegido a alguien, evite conflictos potenciales dejando que otros conozcan su elección.

AL SELECCIONAR UN REPRESENTANTE, PREGÚNTESE A SÍ MISMO:

- » *¿Deben ser asertivos? Alguien que se sienta cómodo al hablar con los proveedores de cuidado médico y abogando por usted es la persona que usted debe elegir.*
- » *¿Se sienten cómodos hablando de la muerte? Tendrán que comprometerse con el tema.*
- » *¿Viven cerca? En una crisis, tener a alguien cerca puede ser importante.*
- » *¿Respetarán mis decisiones? Necesitan entender su punto de vista y estar dispuestos a honrar tus peticiones.*

Las primeras conversaciones son importantes. Hable sobre sus preferencias con respecto a las medidas extremas que los médicos podrían usar para prolongar su vida. ¿Su representante potencial se siente cómodo con sus elecciones?

CONSIDERE A ALGUIEN QUE NO ES FAMILIA

Si le resulta difícil elegir a una persona adecuada para desempeñarse como su representante, recuerde que no es necesario que sea un miembro de la familia.

AQUÍ HAY ALGUNAS OPCIONES A CONSIDERAR:

- » En algunos casos, puede ser mejor preguntar a un amigo cercano de confianza en lugar de un familiar lejano.
- » Puede considerar preguntar a un vecino o a un miembro de su congregación. Cuando discuta su solicitud, hágales saber que no hay responsabilidad financiera asociada a este rol.
- » Su agencia local de servicios para personas mayores puede tener un programa que ofrezcan voluntarios para este servicio. Si está en un hospicio, hable con su proveedor de cuidados paliativos.
- » Algunas comunidades tienen administradores de casos geriátricos que pueden actuar como representantes de cuidados médicos por una pequeña cuota. Consulte con Aging Life Care Association para profesionales en su área en Aginglifecare.org.
- » Los abogados que se especializan en leyes de personas mayores también pueden estar dispuestos a asumir este papel. Para obtener una lista de abogados locales, comuníquese con National Academy of Elder Law Attorneys o Academia Nacional de Abogados de Derecho para Personas Mayores en Naela.org.

Ponga en Práctica Sus Planes: Asegura Que los Proveedores de Salud Cumplan con Sus Deseos

Las directivas anticipadas pueden ser muy útiles para asegurarse que usted reciba el tipo de atención que desea. Sin embargo, hay obstáculos potenciales. Pueden surgir dificultades cuando los valores de los proveedores de cuidado médico difieren de los suyos, o cuando las políticas de los sistemas de cuidado o de los centros de asistencia entran en conflicto con sus instrucciones. He aquí algunas sugerencias para ayudar a evitar tales problemas.

ELECCIÓN DE PROVEEDORES DE CUIDADO MÉDICO QUE RESPETEN SUS PRIORIDADES

Si usted desea un tratamiento médico o si quiere discontinuar o rechazar los tratamientos sugeridos, usted querrá que sus proveedores médicos conozcan y respeten sus deseos. Algunas personas apoyan la gama completa de opciones de fin de vida que incluyen: la sedación total, el dejar de comer y beber voluntariamente (VSED) y dejar de prolongar la vida. Si esto se adapta a sus valores, varios estados tienen la opción adicional de la ayuda médica para morir. Esto permite a los adultos con enfermedades terminales que se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales, la opción de solicitar un medicamento que elijan auto ingerir, para terminar pacíficamente con su sufrimiento.

Es muy importante lograr un acuerdo con sus médicos. Además de las preocupaciones generales (cómo actuarán con usted sus seres queridos para respetar sus deseos, si harán todo lo posible para explicar en detalle los procedimientos, tratamientos, alternativas y riesgos; si estarán disponibles para responder preguntas y satisfacer sus necesidades), usted probablemente querrá analizar algunos detalles. Algunos ejemplos incluyen: optar por no seguir con un tratamiento no deseado, dejar de comer y beber voluntariamente (VSED), solicitar ayuda médica para morir o prolongar la vida con respiradores, diálisis o sondas de alimentación.

Compassion & Choices tiene una hoja informativa, *Cómo Hablar Con Su Médico Sobre Sus*

Opciones Para el Final de la Vida, que puede revisar para obtener ideas. Encuéntrela en CompassionAndChoices.org/your-end-of-life-options. El juego de herramientas que se incluye en esta guía contiene un ejemplo de Carta de Deseos de Fin de Vida Para Mi Proveedor de Salud que puede usar como punto de partida para su propia carta o conversación.

OBTENCIÓN DE REFERENCIAS, SI ES NECESARIO

Si su médico no puede apoyar sus decisiones sobre el final de la vida o no desea administrar su atención, siempre tiene derecho a buscar atención de otra fuente. Puede y debe ser referido a otra persona.

Si su compañía de seguros solo pagará los servicios prestados por un sistema de atención médica o un grupo de médicos contratados, puede comunicarse con su compañía de seguros para obtener una lista de proveedores contratados. Si su sistema de cuidado médico tiene políticas vigentes que no le permitirán a su médico participar, pídale una referencia a otro proveedor fuera del sistema o busque uno por su cuenta.



En el Juego de Herramientas:

La muestra de la **Carta de Deseos de Fin de Vida Para Mi Proveedor de Salud** (página 25) ofrece un punto de partida para su propia carta a su médico.

EVITE PROBLEMAS SI LAS POLÍTICAS DE UNA INSTITUCIÓN ENTRAN EN CONFLICTO CON SUS DESEOS

Es posible que en una emergencia sea admitido(a) a un hospital cuyas políticas entren en conflicto con los deseos establecidos en su directiva anticipada.

Compassion & Choices ofrece un Sectarian Healthcare Directive o Directiva de Atención Médica Sectaria como un posible anexo a su directiva anticipada. Afirma que la admisión no implica el consentimiento para un tratamiento no deseado y solicita la transferencia si se justifica.

Otra situación que vale la pena evitar es la posibilidad de que las políticas de un centro de vida asistida entren en conflicto con los deseos de un residente por una muerte pacífica. Agregar un anexo al contrato aclarará las expectativas del residente y el acuerdo de la instalación. Nuestro Juego de Herramientas incluye un anexo para que usted lo revise.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LAS FAMILIAS NO TRADICIONALES

La ley y la práctica aún pueden crear dificultades en los seres queridos que no se ajustan a la definición tradicional de cónyuge o familiar cercano. A pesar del progreso logrado a través de la igualdad en el matrimonio, muchas parejas del mismo sexo continúan teniendo sus preferencias ignoradas por parte de familiares y proveedores de cuidado de salud. La autoridad de toma de decisiones que sería automática en las relaciones heterosexuales puede ser negada activamente. Los compañeros de vida pueden evitarse el acceso entre sí en el lecho de muerte. En casi todos los momentos del cuidado continuo desde el diagnóstico hasta la muerte, se recomienda que las parejas del mismo sexo tomen medidas proactivas para proteger sus derechos básicos de cuidado médico.

Una directiva anticipada detallada es una garantía importante. Considere incluir el formulario de Autorización de Visita al Hospital de Compassion & Choices. Asegura que las personas que más ama que esten, sean admitidas de forma prioritaria, sean o no miembros de la familia.



En el Juego de Herramientas:

La adición a la **Directiva de Atención Médica Sectaria** (Sectarian Healthcare Directive, página 27) lo ayuda a evitar un tratamiento no deseado o a solicitar una transferencia si las políticas de un hospital entran en conflicto con sus deseos.

La **Cláusula Adjunta al Acuerdo Residencial de Vida Asistida** (Rider to Residential Agreement With Assisted Living Facility, página 29) agrega estipulaciones de fin de vida al contrato.

La adición a la **Autorización de Visitas al Hospital** (Hospital Visitation Authorization, página 31) de su directiva anticipada enumera a quienes deben tener preferencia de visitarlo.

La Mejor Garantía: Una Conversación Continúa

Los estudios indican que lo más poderoso que una persona puede hacer para mejorar sus posibilidades de una muerte adecuada es, hablar de ello de manera simple y directa.

A QUIÉN INCLUIR EN LA CONVERSACIÓN

Hable con quienes tienen el mayor impacto en sus opciones de cuidados: su médico, su representante de cuidado médico designado, su familia u otros seres queridos. Las personas adicionales que necesitan conocer sus inquietudes y deseos son su abogado de bienes, proveedores de cuidados y sus amigos.

DE QUÉ HABLAR

Hable sobre los temas que se tratan en esta guía: sus valores, sus deseos de atención al final de su vida, su representante designado y otros elementos de su directiva anticipada. Puede mencionar otros temas, como sus planes financieros y los planes para el cuidado de su cuerpo después de su muerte. Una sola conversación no es suficiente, su situación y sus deseos pueden cambiar con el tiempo.

EVITE CONFLICTOS

Es posible que algunas personas con las que hable de sus deseos de fin de vida, no estén de acuerdo o no quieran respetarlos. Como se indicó previamente, usted tiene el derecho de cambiar de médicos o de nombrar a otro representante de cuidados de salud que respete sus deseos. Si usted prevé que otros familiares puedan estar en desacuerdo con sus preferencias, comuníquese directamente — en forma verbal o por escrito — con ellos, y hágales saber que si no respetan sus deseos, usted no desea que participen en la toma de decisiones médicas. Tenga en cuenta que si los médicos saben que hay un desacuerdo entre

los seres queridos, podrían sentirse justificados para continuar con el tratamiento no deseado por la persona que padece la enfermedad para evitar una posible demanda o un reclamo de su licencia.

CUANDO HABLAR

Es difícil hablar de la muerte, pero ahora es el momento. Reserve un tiempo para iniciar una conversación al respecto. Puede seleccionar una reunión familiar o un momento en que la enfermedad y las visitas al médico brinden una oportunidad. Puede prepararse para presentar el tema cuando surja un tema en particular, como preocupaciones sobre la pérdida de diversos aspectos de su independencia. Decida si las conversaciones individuales con miembros específicos de la familia o una discusión en grupo funcionan mejor.

ALGUNAS MANERAS DE INICIAR LA DISCUSIÓN:

- » “Es importante para mí hablar con usted(es) acerca de mis inquietudes y deseos, si alguna vez me enfermo o no puedo hablar por mí mismo(a) ...”
- » “Mi médico / abogado dice que debo revisar mi directiva anticipada ...”
- » “Quiero asegurar el mejor cuidado posible y el tipo de atención que deseo, así que hay cosas de las que debemos hablar ...”
- » “Quiero que para mi familia sea fácil tomar una decisión por mi, si me veo incapacitado(a) de expresar mis deseos ...”
- » “Si algún día necesitan tomar una decisión de cuidado de salud por mi, conozcan mis deseos ...”



Alynne Hammer
(1942–2023)

Defensora y miembro del Consejo de Liderazgo LGBTQ+

“ Si no puede hablar por usted mismo, tenga en cuenta a quién elige para que hable por usted. Escoja a alguien que sepa que apoyará sus deseos y que esté dispuesto a defenderlo(a)”.

(ver página 10)



Dra. Sudha Royappa

Médico y miembro del Consejo de Liderazgo Asiático Americano, Nativo Hawáiano e Isleños del Pacífico (AANHPI)

“ Me parece útil hablar de los temas relacionados con el final de la vida con las personas cuando aún están sanas. Esto ayuda a minimizar sus temores y ansiedad, y a brindarles paz y consuelo cuando se enfrentan a decisiones difíciles”.

(ver página 11)

JUEGO DE HERRAMIENTAS

Sea cual sea su edad o estado de salud actual, es importante tomarse un tiempo AHORA para preparar un registro por escrito de sus deseos de fin de vida y compartir sus pensamientos. Estos pasos ayudarán a garantizar que, si no puede hablar por sí mismo(a), se respetarán sus preferencias.

Las herramientas de planificación avanzada le ayudarán a aclarar sus prioridades, informar a las personas que ha elegido para que lo apoyen, documentar y comunicar sus decisiones. Puede usar la [Lista de Verificación de Planes](#) en la página siguiente para realizar un seguimiento de su progreso mientras revisa los otros materiales. Le sugerimos que comience por llenar la [Hola de Valores](#).

No se incluyen aquí dos formas esenciales que son la base de cualquier directiva anticipada con respecto al cuidado de fin de vida: un testamento en vida (“lo que deseo”) y un poder notarial médico (“quién puede hablar por mí”). Estos formularios difieren significativamente de un estado a otro, por lo que deberá obtener en internet, los formularios correctos y específicos del estado. Proporcionamos enlaces para llegar a los sitios web correctos rápidamente.

Una cosa más: guarde copias de las directivas anticipadas específicas de su estado y otros formularios completos en un lugar fácil de encontrar, y proporcione copias a los miembros de su familia, a su médico y al representante que usted designe. De esa manera estarán disponibles cuando sea necesario.

Lista de Verificación de Planes

Encuentre estos y muchos otros recursos al final de su vida en nuestro Centro de Recursos Para Planear su Cuidado en CompassionAndChoices.org/end-of-life-planning

- Complete la **Hoja de Valores**.
- Complete su directiva anticipada específica del estado: **su testamento en vida y su poder notarial médico**. Puede localizar los formularios de su estado en nuestro sitio web. (CompassionAndChoices.org/ _____ (insertar el nombre de su estado después de la /).
- Complete la adición **Mis Deseos Particulares (My Particular Wishes)**. Puede agregarlo a su directiva anticipada para indicar sus deseos con respecto a terapias específicas de soporte vital.
- Revise la adición **Provisión de Demencia (Dementia Provision)**. Puede agregarlo a su directiva anticipada para indicar si desea recibir o no la alimentación con cuchara si está en un estado de demencia avanzada.
- Obtenga información sobre las **Órdenes Médicas Para Los Tratamientos de Soporte Vital (POLST)** y cómo se utilizan en su estado. Empiece con nuestro recurso DNR/POLST en línea. Visite el sitio web nacional de POLST para ver el formulario de su estado y para obtener más información en (Polst.org/programs-in-your-state).
- Planee hablar con sus proveedores de cuidado médico. Puede usar la **Carta de Deseos de Fin de Vida Para Mi Proveedor de Salud (End-of-Life Wishes Letter to Medical Providers)** como un resumen para conversar con su médico.
- Revise la adición **Directiva de Atención Médica Sectaria (Sectarian Healthcare Directive)** como una posible adición a su directiva anticipada.
- Revise la **Cláusula Adjunta al Acuerdo Residencial de Vida Asistida (Rider to Residential Agreement With Assisted-Living Facility)**, como una posible adición a un acuerdo con su residencia.
- Complete la adición de **Autorización de Visitas al Hospital (Hospital Visitation Authorization)**. Esto es especialmente importante para los visitantes que no son reconocidos tradicionalmente como miembros de la familia.



Recuerde:

Si agrega documentos a una directiva anticipada existente, es importante volver a firmar y actualizar la directiva anticipada con los nuevos documentos incluidos.



Los siguientes documentos no pretenden ser una asesoría jurídica. Su estado puede tener leyes específicas sobre cómo deben completarse estos documentos. Consulte con un asesor local para que lo oriente teniendo en cuenta su caso concreto.

Hoja de Valores

A continuación hay algunas preguntas que debe considerar al tomar decisiones sobre sus preferencias de cuidado médico. Es posible que desee anotar sus respuestas y proporcionar copias a los miembros de su familia y a los proveedores de cuidados médicos, o simplemente usar las preguntas como “tema de reflexión” y una base para la discusión.

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS?

	MUY IMPORTANTE			NO IMPORTANTE	
Dejar que la naturaleza siga su curso	4	3	2	1	0
Conservar la calidad de vida	4	3	2	1	0
Mantenerme fiel a mis tradiciones / creencias espirituales	4	3	2	1	0
Vivir el mayor tiempo posible, independientemente de la calidad de vida	4	3	2	1	0
Ser independiente	4	3	2	1	0
Estar cómodo y sin dolor tanto como sea posible	4	3	2	1	0
Dejar buenos recuerdos para mi familia y amigos	4	3	2	1	0
Contribuir a la investigación médica o docente	4	3	2	1	0
Ser capaz de relacionarme con familiares y amigos	4	3	2	1	0
Estar libre de limitaciones físicas	4	3	2	1	0
Estar mentalmente alerta y competente	4	3	2	1	0
Poder dejar dinero a familiares, amigos o caridad	4	3	2	1	0
Morir más rápido en lugar de persistir	4	3	2	1	0
Evitar cuidados caros	4	3	2	1	0

CUALES SON SUS VALORES Y DESEOS EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:

1. ¿Qué será importante para usted cuando se esté muriendo (por ejemplo, comodidad física, ausencia de dolor, miembros de la familia presentes, etc.)?

(favor de leer al reverso)

2. ¿Cómo se siente acerca del uso de las medidas de soporte vital en las siguientes situaciones?

- » Enfermedad terminal
- » Coma permanente
- » Enfermedad crónica irreversible
- » Demencia

3. ¿Tiene firmes sentimientos sobre procedimientos médicos particulares?

- » Respiración mecánica (respirador)
- » Reanimación cardiopulmonar (CPR)
- » Nutrición artificial e hidratación
- » Cuidados intensivos hospitalarios
- » Medicamentos para aliviar el dolor
- » Antibióticos
- » Quimioterapia o radioterapia
- » Cirugía

4. ¿Qué limitaciones en su salud física o mental afectarían las decisiones sobre el cuidado médico?

5. ¿Desearía ser internado en un centro de cuidados para personas mayores o un hospital si su condición estuviera justificada?

6. ¿Prefiere el cuidado de hospicio, con el objetivo de mantenerse cómodo(a) en su hogar durante el último período de su vida, como alternativa a la hospitalización?

7. En general, ¿desea participar o compartir decisiones sobre su cuidado médico y tratamiento?

8. ¿Siempre querría saber la verdad sobre su condición, las opciones de tratamiento y la posibilidad de éxito de los tratamientos?

(favor de leer al reverso)



Las directivas escritas son una parte esencial de cualquier plan de fin de vida.
Los enlaces aquí le ayudarán a ubicar documentos de directivas anticipadas y otros formularios que pueden variar de estado a estado.

DIRECTIVA ANTICIPADA

Una vez que se sienta cómodo(a) al declarar sus valores y prioridades, está listo(a) para completar su directiva anticipada. Aclare sus preferencias de final de vida si usted no puede tomar o comunicar las decisiones de tratamiento médico por sí mismo(a). Por lo general, las instrucciones anticipadas incluyen un testamento en vida (“lo que deseo”) y un poder legal duradero (“quién hablará por mí”). También puede incluir otros documentos.

Puede encontrar los formularios de su estado en dos lugares de nuestro sitio web. Vaya hasta el menú desplegable estado por estado en CompassionAndChoices.org/advance-directive o visite CompassionAndChoices.org/_____ (inserte el nombre de su estado después de la /) y vaya hasta la sección Herramientas y Recursos.

ÓRDENES MÉDICAS PARA EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST)

Las POLST son órdenes de tratamiento específicas que pueden ser recetadas por un médico. Para obtener más información, comience con nuestro recurso en Internet de DNR / POLST. (CompassionAndChoices.org/end-of-life-planning) También puede visitar el sitio web nacional POLST para obtener más información y ver el formulario de su estado (Polst.org/programs-in-your-state). Si cree que necesita una POLST, debe completar el formulario con su médico.



El siguiente documento se puede agregar a cualquier directiva anticipada para proporcionar orientación con respecto al consentimiento o rechazo de ciertas terapias. Una vez completado, firmado y atestiguado, debe mantenerse con la directiva anticipada.

Mis Deseos Particulares Sobre Terapias Que Podrían Sustentar la Vida (Anexo a la Directiva Anticipada)

Este documento tiene la intención de informar a mi médico, enfermera u otro proveedor de cuidado de salud sobre mi consentimiento o rechazo de ciertas terapias específicas. También guía a mi familia o cualquier otra persona de mi consentimiento para tomar decisiones de cuidado médico por mí si no puedo tomar estas decisiones por mí mismo(a).

Espero que este documento ayude a aquellos que deben tomar decisiones difíciles a proceder con confianza. Al seguir estas instrucciones, saben que están actuando en mi mejor interés y están consintiendo o rechazando ciertas terapias de la misma manera que yo lo haría si pudiera escuchar, hablar y comprender.

MIS DECISIONES MIENTRAS TENGA LA CAPACIDAD MENTAL DE TOMARLAS

Siempre que pueda entender mi condición, la naturaleza de cualquier terapia propuesta y las consecuencias de aceptar o rechazar la terapia, quiero tomar estas decisiones yo mismo(a). Consultaré a mi médico, a mi familia, a los que están cerca de mí, a los consejeros espirituales y a otras personas que yo elija.

Pero la decisión final es mía. Si no puedo tomar decisiones solo(a) porque me mantienen sedado(a), me gustaría que me levanten para poder considerar racionalmente mi situación y decidir aceptar o rechazar una terapia particular.

CUIDADO DE CONFORT

Quiero que todas y cada una de las terapias mantengan mi comodidad y dignidad. Si el seguir las instrucciones de este documento causa síntomas incómodos como dolor o falta de aliento, deseo que se alivien esos síntomas. Deseo un tratamiento vigoroso de mi incomodidad, incluso si el tratamiento causa o avanza involuntariamente el momento de mi muerte.

(favor de leer al reverso)

DECISIONES PARA TERAPIAS ESPECÍFICAS

(Nota: Si no está seguro(a) del propósito de cualquiera de las siguientes terapias médicas, hable con un profesional de salud para una aclaración).

Si mi estado mental o físico se ha deteriorado, el pronóstico es grave y hay pocas posibilidades de recuperar la función mental o física, me gustaría lo siguiente:

	SI	PERIODO DE PRUEBA*	NO
1. Antibióticos si desarrollo una infección potencialmente mortal de cualquier tipo			
2. Diálisis si mis riñones dejan de funcionar, ya sea temporal o permanentemente			
3. Ventilación artificial si dejo de respirar			
4. Electroshock si mi corazón deja de latir			
5. Medicamentos que regulan el corazón, incluyendo el reemplazo de electrolitos, si el latido de mi corazón se vuelve irregular			
6. Cortisona u otra terapia con esteroides si la inflamación del tejido amenaza centros vitales en mi cerebro			
7. Estimulantes, diuréticos o cualquier otro tratamiento para la insuficiencia cardíaca si la fuerza y función de mi corazón se ve afectada			
8. Sangre, plasma o líquidos de reemplazo si sangro o pierdo líquido circulando por mi cuerpo			
9. Nutrición artificial			
10. Hidratación artificial			

* Los médicos pueden ver si la terapia revierte rápidamente mi condición. Si no lo hace, deseo que se suspenda.

Firma

Fecha

Firma de testigo

Fecha



El siguiente documento puede ser agregado a cualquier Directiva Anticipada de Cuidados de Salud, para proporcionar una guía relacionada con el consentimiento o rechazo a ciertos tratamientos médicos. Una vez que se haya completado y firmado, debe ser incluido junto con la Directiva Anticipada de Cuidados de Salud.

Para completar una provisión de demencia totalmente personalizada, visite values-tool.CompassionAndChoices.org.

Provisión de Demencia (Anexo a la Directiva Anticipada)

Yo, _____, estoy creando este documento anexo, porque deseo que mis representantes con poder legal, y/o agentes de cuidados de salud, proveedores médicos, familiares, cuidadores, proveedores de cuidados a largo plazo y otros seres queridos, conozcan y cumplan mis deseos con respecto al tipo de cuidados médicos que deseo recibir, si yo llego a desarrollar una etapa avanzada de Alzheimer, o de algún otro tipo de demencia progresiva incurable.

Bajo las condiciones de demencia avanzada, incluyendo la incapacidad de una comunicación racional con mis seres queridos o cuidadores y/o que mi dependencia física y de todos los aspectos de cuidados corporales, recaiga en otras personas, la continuidad de vida no tendría sentido para mí. Dentro de esas condiciones y si es poco probable que mi enfermedad pueda mejorar, yo deseo morir pacíficamente y lo más pronto que se pueda legalmente, para evitar un proceso prolongado de muerte que me causaría un sufrimiento innecesario.

INDICADOR	PREFERENCIAS DE CUIDADOS DE SALUD <i>(Marque con un círculo su preferencia para cada marcador)</i>			
<p>He olvidado todo acerca de mi pasado, pero aún reconozco a las personas que están más cercanas a mí.</p>	<p>Deseo vivir el mayor tiempo posible</p> <p>_____</p> <p><i>Iniciales</i></p>	<p>No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida</p> <p>_____</p> <p><i>Iniciales</i></p>	<p>Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades</p> <p>_____</p> <p><i>Iniciales</i></p>	<p>Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente</p> <p>_____</p> <p><i>Iniciales</i></p>

(favor de leer al reverso)

INDICADOR	PREFERENCIAS DE CUIDADOS DE SALUD <i>(Marque con un círculo su preferencia para cada marcador)</i>			
Ya no reconozco a mis seres queridos, pero aún sonrío y parezco estar feliz en mi propio mundo	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
Ya no reconozco a mis seres queridos y muy a menudo parezco infeliz, triste o ansioso(a)	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
Estoy sufriendo mentalmente y de ansiedad, y ustedes no pueden controlar la enfermedad con medicamentos	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>

INDICADOR	PREFERENCIAS DE CUIDADOS DE SALUD <i>(Marque con un círculo su preferencia para cada marcador)</i>			
Me enfurezco o me pongo violento(a), pero con medicamentos suministrados, me siento regularmente BIEN	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
Me enfurezco o me pongo violento(a) y no se me puede controlar con medicamentos	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
Ya no puedo comunicarme verbalmente con mis seres queridos	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>

INDICADOR	PREFERENCIAS DE CUIDADOS DE SALUD <i>(Marque con un círculo su preferencia para cada marcador)</i>			
Ya no puedo alimentarme por mí mismo(a)	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
Ya no puedo bañarme por mí mismo(a)	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
Ya no puedo ir al baño por mí mismo(a)	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>

INDICADOR	PREFERENCIAS DE CUIDADOS DE SALUD <i>(Marque con un círculo su preferencia para cada marcador)</i>			
Ya no me puedo vestirme por mí mismo(a)	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
La única opción de cuidados para mí, es un hogar para las personas de la tercera edad	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>
Ya no aparento estar interesado en los alimentos, pero los puedo ingerir, si me los sostienen en los labios con una cuchara	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>

INDICADOR	PREFERENCIAS DE CUIDADOS DE SALUD <i>(Marque con un círculo su preferencia para cada marcador)</i>			
No tengo la capacidad de levantarme o dejar mi cama por mí mismo(a)	Deseo vivir el mayor tiempo posible _____ <i>Iniciales</i>	No deseo tratamientos médicos que prolongan la vida _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que se me mantengan cómodo(a), y que se suspenda o evite cualquier tratamiento médico que me impide morir de otras enfermedades _____ <i>Iniciales</i>	Deseo que me mantengan cómodo(a), después de que se hayan suspendido todos los tratamientos médicos, así como el suministro de alimentos y líquidos, para que yo pueda morir pacíficamente _____ <i>Iniciales</i>

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Firma _____ Fecha _____

Nombre Impreso _____ Teléfono _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____ Fecha de Nacimiento _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE CON PODER LEGAL PARA CUIDADOS DE SALUD

Nombre Impreso _____ Teléfono _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____

INFORMACIÓN ALTERNATIVA DEL REPRESENTANTE CON PODER LEGAL PARA CUIDADOS DE SALUD

Nombre Impreso _____ Teléfono _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____

Nosotros, cuyos nombres se proporcionan a continuación, declaramos que conocemos personalmente a la persona que firmó este documento, estamos conscientes que se encuentra en buen estado de salud mental y firmó este documento (o pidió a otro que firmara este documento) en nuestra presencia.

TESTIGO 1 Firma _____ Fecha _____

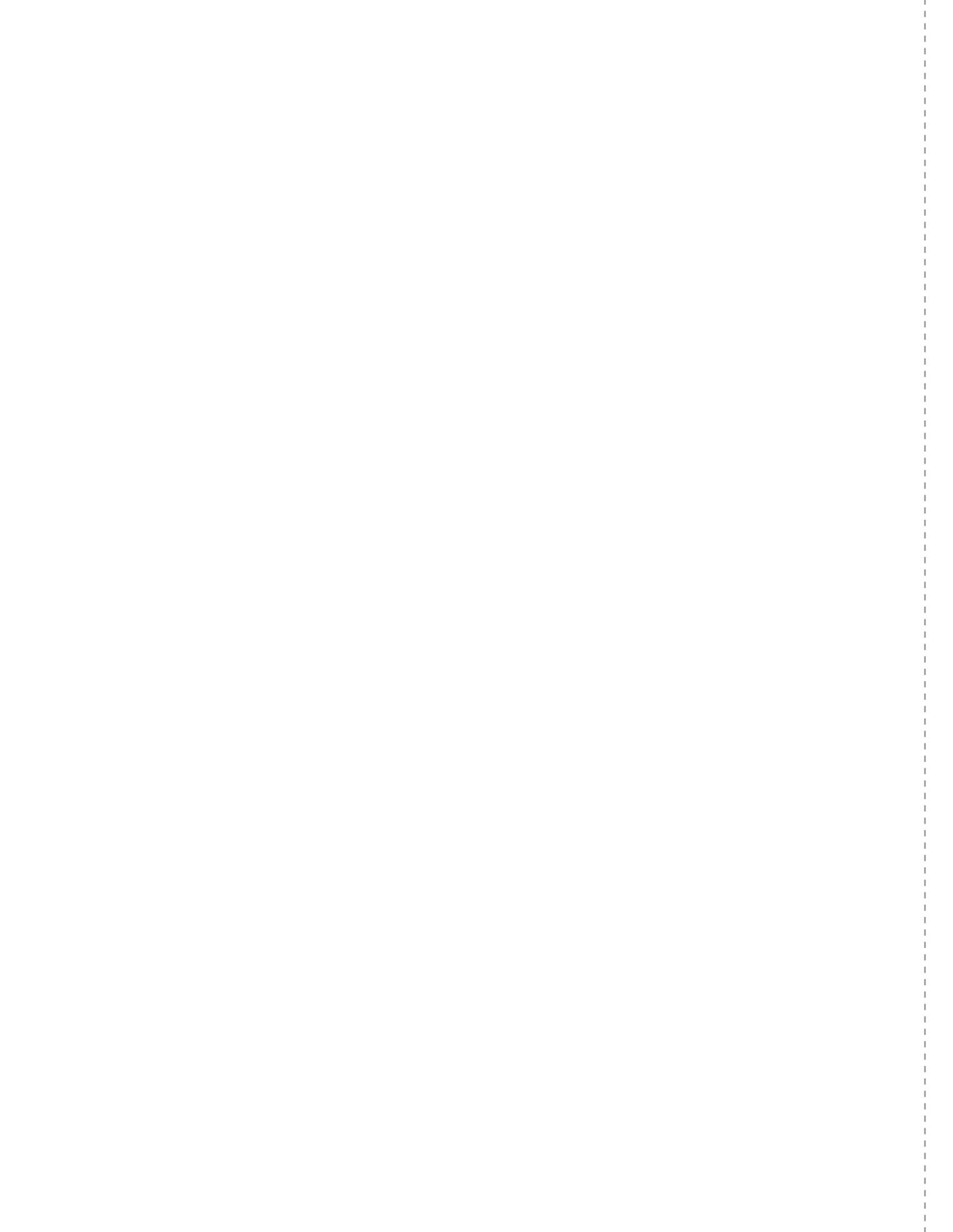
Impreso _____ Teléfono _____

Dirección _____

TESTIGO 2 Firma _____ Fecha _____

Impreso _____ Teléfono _____

Dirección _____





Este ejemplo de carta establece los deseos de fin de vida. Puede servir como punto de partida para una declaración personal basada en las decisiones de planificación propias de un individuo.

Carta de Deseos de Fin de Vida Para Mi Proveedor de Salud

Querido Doctor _____ :

Para mí es importante tener un cuidado excelente y compasivo, y mantenerme lo más sano(a) y activo(a) posible a lo largo de mi vida. Al final de la vida, de acuerdo con mis valores y creencias personales, quiero un tratamiento para aliviar el sufrimiento. Lo más importante para mí es asegurarme que si la muerte se vuelve inminente, la experiencia pueda ser pacífica para mi familia y para mí.

Si hay medidas disponibles que pueden prolongar mi vida, me gustaría conocer sus posibilidades de éxito y su impacto en la calidad de mi vida. Si elijo no tomar esas medidas, le pido su apoyo continuo, incluso si esa opción va en contra del consejo médico.

Si mi condición se vuelve incurable y la muerte es el único resultado predecible, preferiría no sufrir, sino morir de una manera humana y digna. Me gustaría que me asegurara que:

- » Si puedo hablar por mí mismo(a), mis deseos serán respetados. De lo contrario, se respetarán las solicitudes de mi representante de cuidado médico y mi directiva anticipada.
- » Hará una referencia a hospicio tan pronto como califique, en caso de que yo lo solicite.
- » Me apoyarán con todas las opciones para una muerte tranquila. Esto incluye la sedación paliativa y, si la ayuda médica para morir está autorizada en mi estado, proporcionar una receta de medicamentos que pueda auto ingerir para que mi muerte sea pacífica.

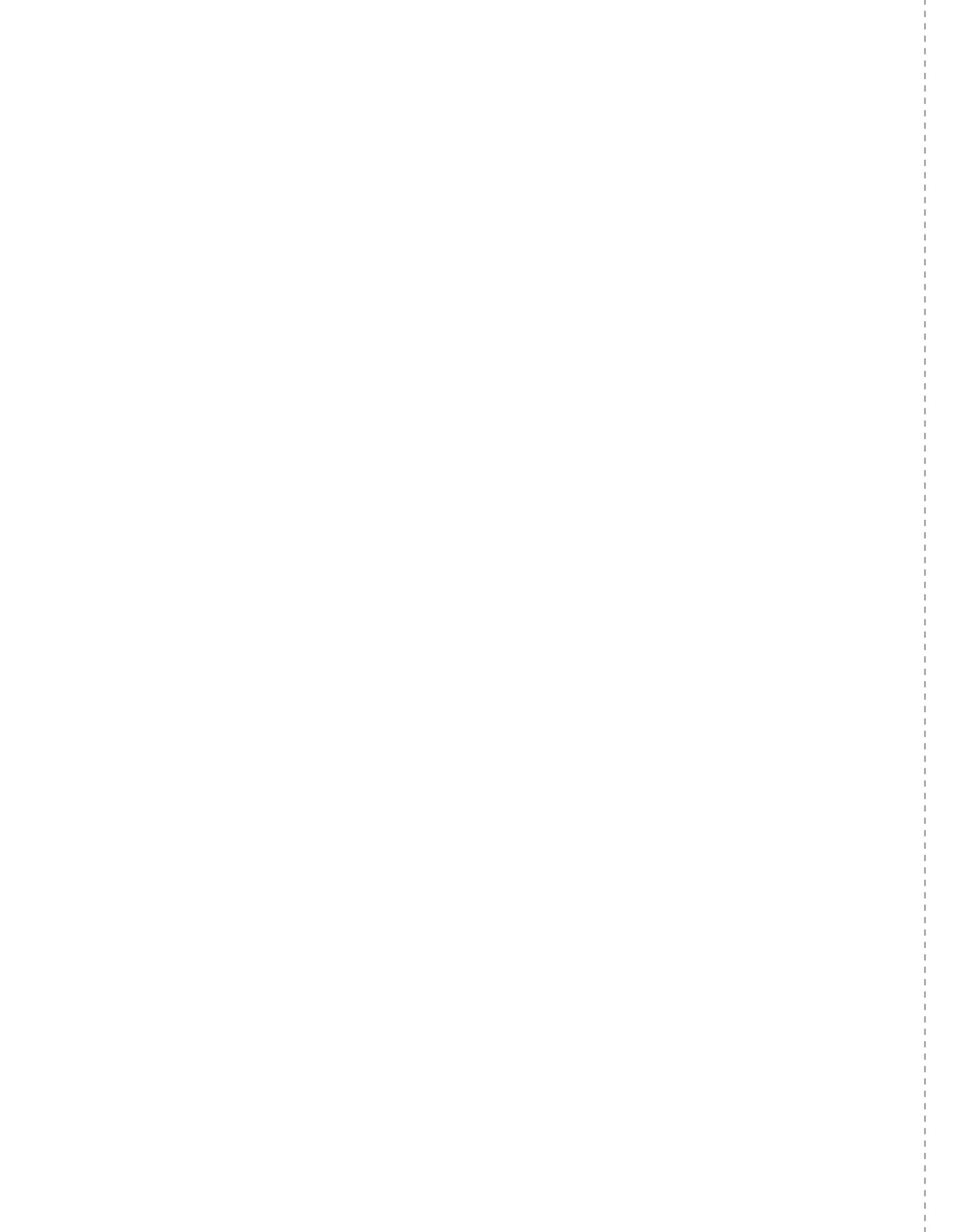
No estoy solicitando que haga nada que no sea ético mientras esté a su cargo, pero espero tener la seguridad de que apoyaría mis opciones personales de cuidado de fin de vida como se indica anteriormente.

Espero que acepte esta declaración como una decisión plenamente considerada y una expresión de mis opiniones profundamente arraigadas. Si siente que no podría cumplir con mis pedidos, hágamelos saber ahora mientras puedo tomar decisiones sobre mis cuidados en base a ese conocimiento.

Firma

Fecha

Nombre Impreso





El siguiente lenguaje se puede agregar a cualquier directiva anticipada. Ayuda a garantizar que las instrucciones de un paciente se respetarán en una situación en la que la política institucional entra en conflicto con esas instrucciones y que, según las leyes estatales, el proveedor ayudará con la transferencia. El anexo firmado debe mantenerse con la directiva anticipada.

Directiva de Atención Médica Sectaria (Anexo a la Directiva Anticipada)

Entiendo que circunstancias fuera de mi control pueden hacer que me admitan en una institución de cuidado médico cuya política religiosa o moral esté en conflicto con las instrucciones de mi directiva anticipada.

Mi consentimiento para la admisión no constituirá un consentimiento implícito a los procedimientos o cursos de tratamiento exigidos por las políticas éticas, religiosas o de otro tipo de la institución si dichos procedimientos o cursos de tratamiento entran en conflicto con esta directiva anticipada.

Además, ordeno que si la institución de cuidado médico en la que soy paciente se niega a seguir mis deseos según lo establecido en mi directiva anticipada, debo ser transferido sin demora a un hospital, centro de cuidados u otra institución que acepte cumplir las instrucciones establecidas en esta directiva anticipada.

Mis opciones preferenciales de instalaciones médicas a las que me gustaría ser admitido o transferido son:

1. _____
2. _____
3. _____

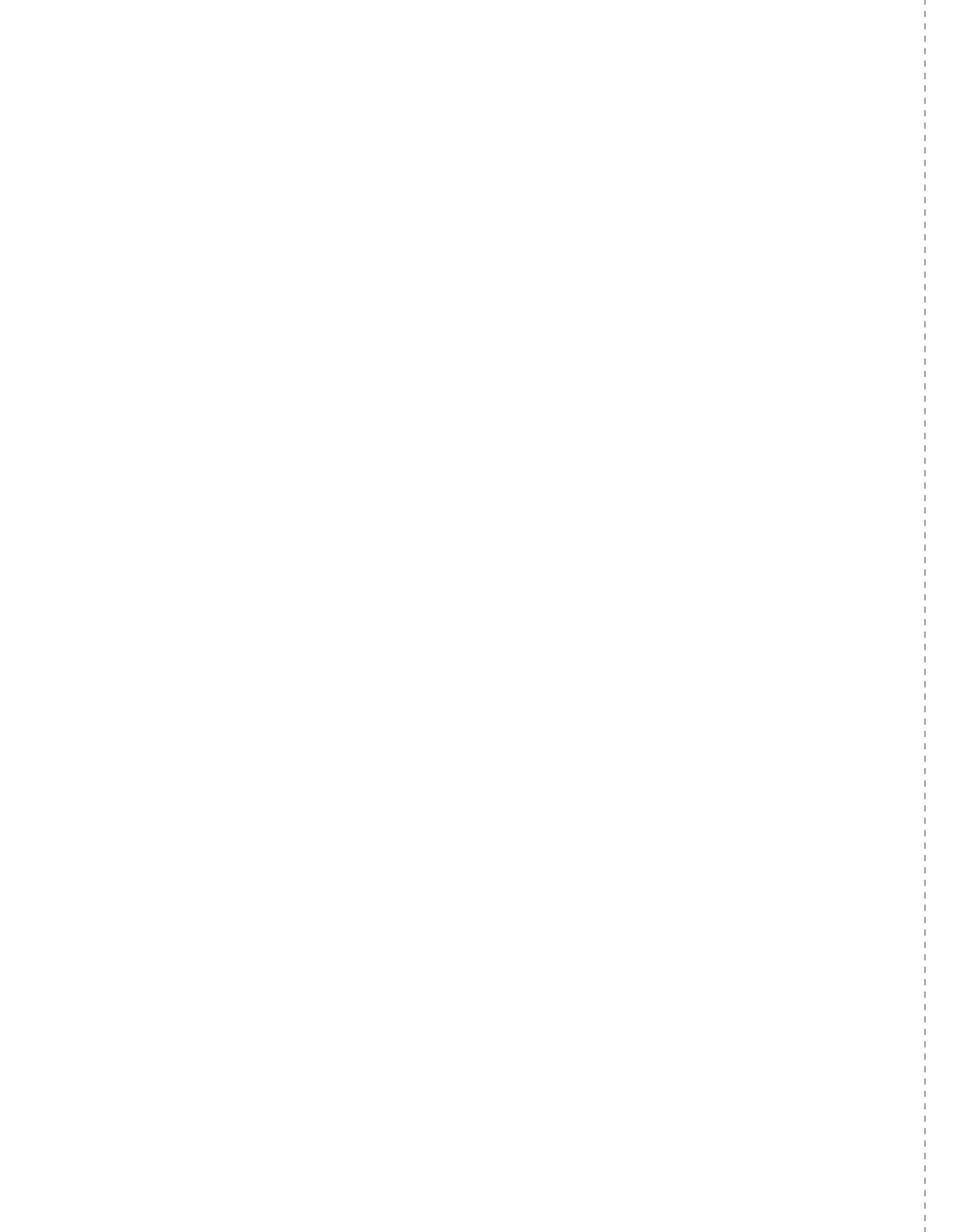
Por la presente incorporo esta disposición en mi directiva anticipada y en cualquier otro documento previamente ejecutado para guiar las decisiones de atención médica.

Firma

Fecha

Firma de Testigo

Fecha





Tener esta cláusula en su lugar ayuda a garantizar que una instalación de vida asistida respete los deseos de un residente para el cuidado de fin de vida.

Cláusula Adjunta al Acuerdo Residencial de Vida Asistida

El residente y las instalaciones acuerdan que el inmueble será el “hogar” del residente con la dignidad y privacidad que ese concepto implica. El residente espera permanecer en este hogar durante lo que le resta de vida.

El centro respetará las opciones de fin de vida del residente y no demorará, interferirá ni impedirá ninguna opción legal de tratamiento o no tratamiento elegido libremente por el residente o representante de cuidado médico autorizado del residente o cualquiera de las siguientes opciones:

- » Servicios de cuidados paliativos en el hogar;
- » Abandonar o dirigir el retiro de los tratamientos que prolongan la vida;
- » Dolor agresivo y / o manejo de síntomas, incluida la sedación paliativa¹;
- » Rechazo voluntario de alimentos y líquidos², con cuidados paliativos si es necesario;
- » Cualquier otra opción que no esté específicamente prohibida por la ley del estado en el que se encuentra el centro.

Firma de Residente

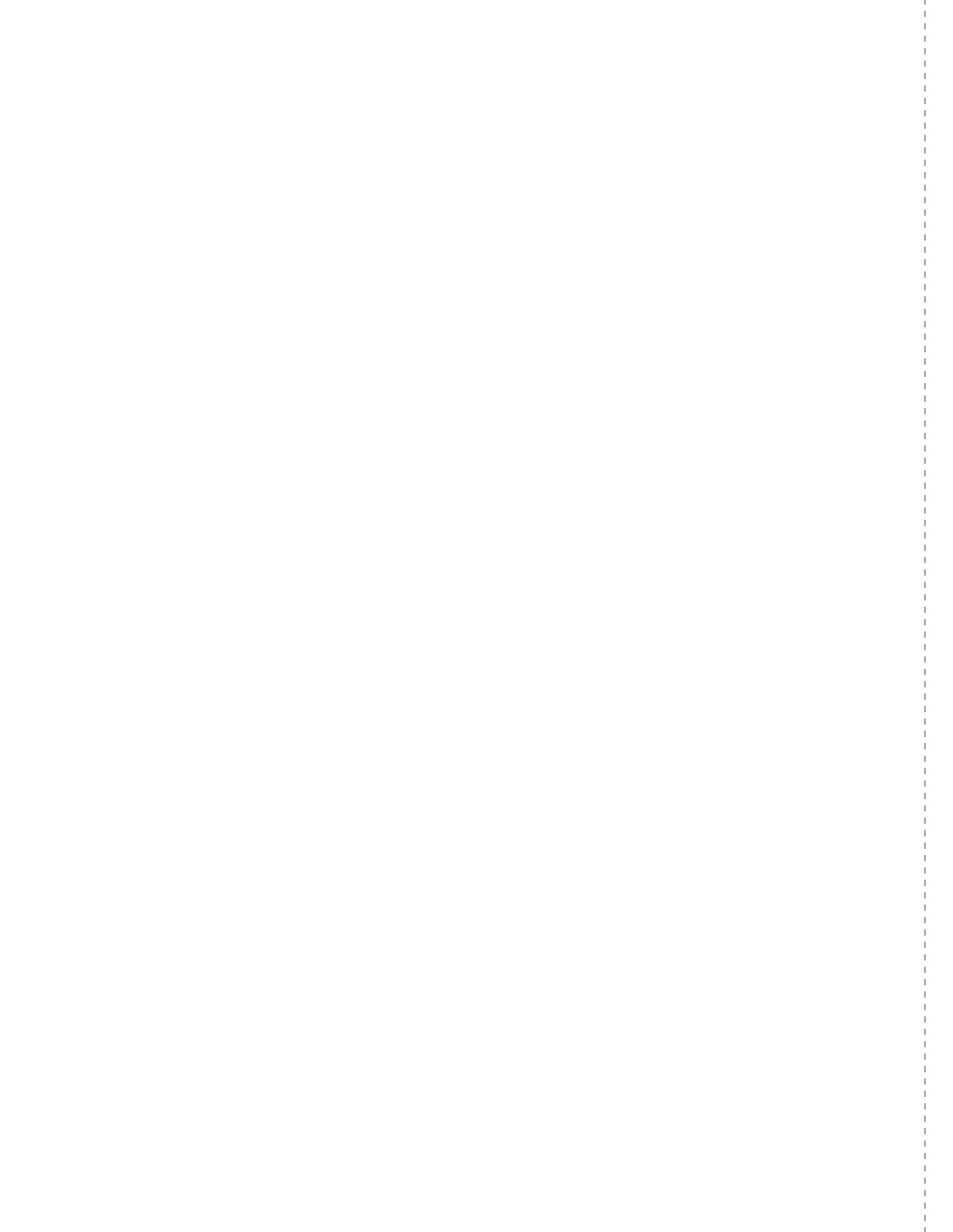
Fecha

Firma del Representante de la Instalación

Fecha

¹ Khader y Mrayyan, *El Uso de La Sedación Paliativa Para Pacientes con Enfermedades Terminales: Revisión de la Literatura y un Ensayo Argumentativo*, *J. Palliat Care Med* 2015, 5:4

² *Compassion & Choices, Dejar de Comer y Beber Voluntariamente*, [CompassionAndChoices.org/wp-content/uploads/2016/10/VSED-FINAL-2.17.17.pdf](https://www.compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2016/10/VSED-FINAL-2.17.17.pdf)





Este formulario permite a las personas que tradicionalmente no son reconocidas como miembros de la familia obtener derechos de visita prioritarios. Una vez completado y firmado, debe mantenerse con la directiva anticipada.

Autorización de Visitas al Hospital (Anexo a la Directiva Anticipada)

Yo, _____,

residiendo en _____ en _____

Condado, estado de _____, por medio de la presente notifico y autorizo que, si me enfermara o fuera incapacitado por alguna causa que requiera mi hospitalización, tratamiento o atención a largo plazo en un centro médico, deseo que la (s) siguiente (s) persona(s),

_____,
reciba(n) la primera preferencia de visitarme en dicho centro médico o de tratamiento, sean o no partes relacionadas conmigo por sangre o por ley, a menos que, o hasta que yo, libremente, le dé instrucciones contrarias al personal médico en las instalaciones involucradas.

Ejecutado este _____ día de _____ (mes), _____ (año)

en (lugar de la firma) _____

Por:

Firma Fecha

FIRMAS DE TESTIGOS:

TESTIGO 1

Firma

Dirección

Fecha

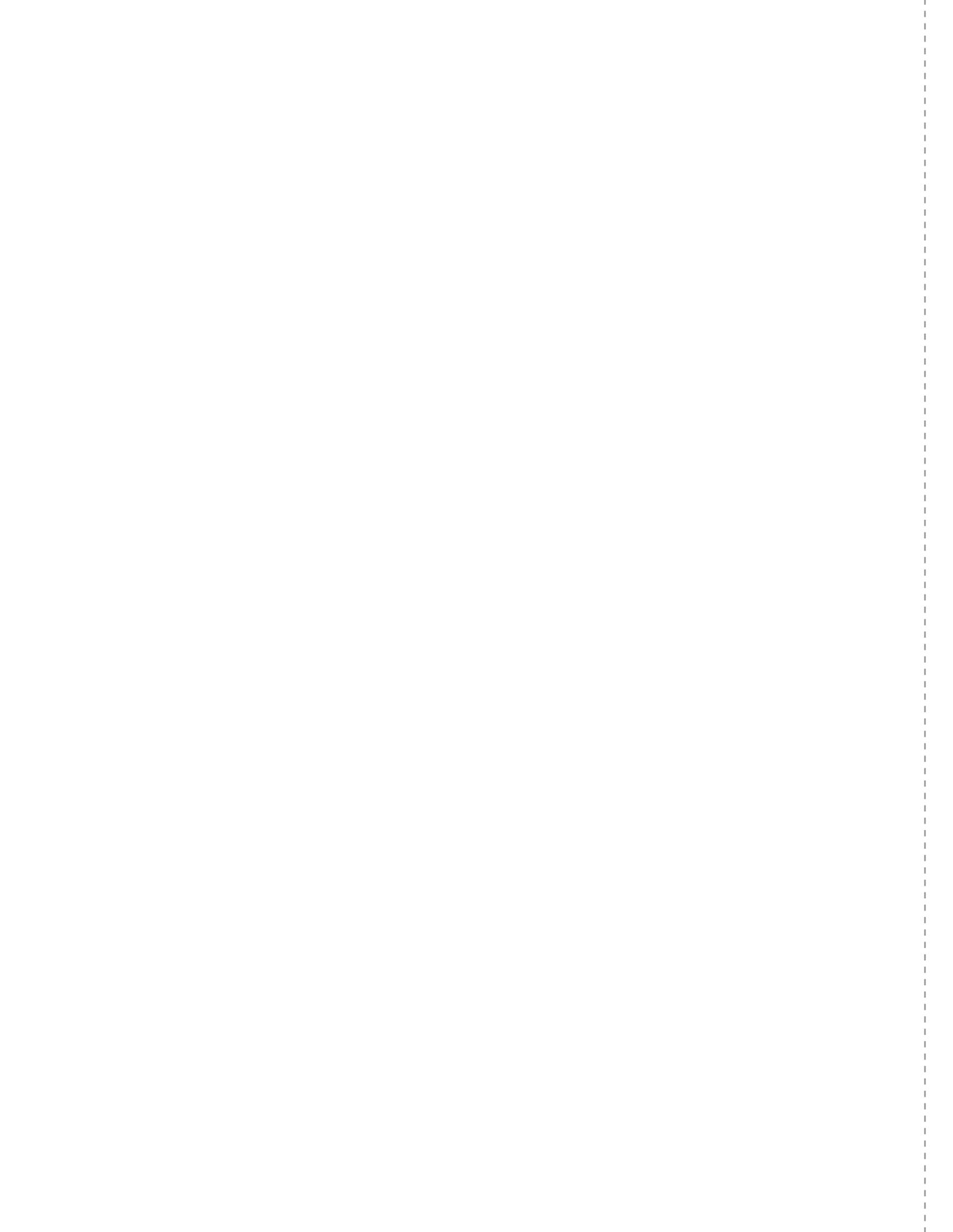
TESTIGO 2

Firma

Dirección

Fecha

** Los médicos pueden ver si la terapia revierte rápidamente mi condición. Si no lo hace, quiero que se suspenda.*



EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS

directivas anticipadas – Abarca el testamento vital y del poder duradero legal en cuestiones médicas.

planificación anticipada de cuidados médicos - Consiste en tomar decisiones sobre los cuidados que le gustaría recibir en caso de una crisis médica. Esto está basado en los valores y preferencias personales y en las pláticas que haya tenido con sus seres queridos y la documentación en las directivas anticipadas.

diagnóstico – Identificación de una enfermedad a partir de sus signos y síntomas.

hospicio – Centro o programa que ofrece cuidados de confort a personas que se están muriendo cuando ya no existe tratamiento médico que cure la enfermedad o que prolongue la vida. Estos cuidados paliativos, conocidos en Estados Unidos como hospicio, se brindan en el hogar de la persona o en un centro independiente.

medidas para mantener la vida o soporte vital – Intervenciones médicas que se introducen cuando las funciones biológicas ya no pueden mantenerse por sí mismas.

testamento vital – Término comúnmente sustituido por directiva anticipada, pero se refiere solo a un documento de los deseos declarados por la persona, no a un documento que designa a un representante en la toma de decisiones médicas.

cuidados paliativos – Atención médica especializada para personas que padecen una enfermedad grave. Las personas con cuidados paliativos pueden recibir atención médica para sus síntomas, o cuidados paliativos, junto con un tratamiento destinado a curar su grave enfermedad.

sedación paliativa – También es conocida como sedación terminal o sedación total, es la administración continua de medicamentos para aliviar síntomas graves e intratables que no pueden controlarse sin dejar a la persona inconsciente. Este estado se mantiene hasta que ocurre la muerte.

pronóstico – Estimación del curso o tiempo probable hasta la muerte como resultado de una enfermedad o dolencia. El término no se utiliza indistintamente con diagnóstico.

terminal – Describe una enfermedad para la cual la expectativa médica es la muerte en un plazo de seis meses.

Esta guía está disponible en inglés y en español, en línea y en formato impreso. Para buscar esta guía u obtener información sobre toda la variedad de opciones para el final de la vida, visite el Centro de Recursos para Planear su Cuidado en Compassion & Choices en **CompassionAndChoices.org/end-of-life-planning**, o llame al 800.247.7421 para hablar con uno de nuestros expertos en el tema de fin de vida.



Compassion & Choices mejora el cuidado, expande las opciones y permite a todos trazar su camino hacia el final de la vida.

Liderando un Movimiento de Cambio

Durante más de tres décadas, Compassion & Choices ha liderado el movimiento de opciones al final de la vida. Todo nuestro trabajo, desde el apoyo político, la consulta profesional y la representación legal, se proporciona al público de forma gratuita. Nuestros esfuerzos se financian enteramente a través de donaciones de personas como usted, que comparten nuestra visión de un sistema de salud impulsado por el paciente que honra sus valores, creencias y preferencias como persona.

Por favor, considere hacer un regalo a Compassion & Choices usando el sobre con remitente en el centro del folleto o haga su donación en línea en **CompassionAndChoices.org/donate**. Juntos podemos asegurar más comodidad, autonomía y opciones al alcance de todos.

