Directrices para los médicos y familiares o representantes

Ley de Voluntad Anticipada (ver la sección 166.033 del Código de Salud y Seguridad de Texas)

Instrucciones para completar este documento:

Este es un documento legal importante conocido como Voluntad Anticipada. El propósito de este documento es ayudarle a comunicar sus deseos sobre el tratamiento médico en algún momento en el futuro cuando usted no pueda dar a conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos suelen basarse en valores personales. Sobre todo, considere qué cargas o dificultades del tratamiento estaría dispuesto a aceptar a cambio de un beneficio específico que espera obtener si estuviera gravemente enfermo.

Se recomienda que hable de sus valores y deseos con su familia o representante de su elección, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención médica o un centro de salud, pueden proporcionarle diversos recursos para ayudarle a completar el documento de Voluntad Anticipada. A continuación, se ofrecen unas breves definiciones que podrían ayudarle en sus conversaciones y para poder planear con anticipación. Ponga sus iniciales en las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Entregue una copia del documento de Voluntad Anticipada a su médico, al hospital al que habitualmente acude y a su familia o representante. Considere la posibilidad de revisar periódicamente este documento. Mediante la revisión periódica, podrá estar mucho más seguro de que la directiva refleja sus preferencias.

Además de esta Voluntad Anticipada, la ley de Texas establece otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Se tratan del poder para la atención médica y la orden de no reanimación fuera del hospital. Es posible que desee hablar de ellas con su médico, su familia, el representante del hospital u otros asesores. También puede elaborar una directiva relacionada con la donación de órganos y tejidos.

Voluntad

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

Si, a juicio de mi médico, padezco una enfermedad terminal de la que se espera que muera en un plazo de seis meses, incluso con el tratamiento de mantenimiento de vida disponible proporcionado de acuerdo con las normas vigentes de atención médica:

- ○ Solicito que se interrumpan o suspendan todos los tratamientos que no sean necesarios para mantenerme cómodo y que mi médico me permita morir lo más delicadamente posible; o bien
- ○ Solicito que se me mantenga con vida durante esta enfermedad terminal utilizando el tratamiento de mantenimiento de vida disponible. (Esta opción no aplica a los cuidados para pacientes terminales).

Si, a juicio de mi médico, padezco una enfermedad irreversible que me impide cuidar de mí mismo o tomar decisiones por mí mismo y que de no prestarme un tratamiento de mantenimiento de vida de acuerdo con las normas vigentes de atención médica:

- ○ Solicito que se interrumpan o suspendan todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo y que mi médico me permita morir lo más delicadamente posible; o bien
- ○ Solicito que se me mantenga con vida en esta condición irreversible utilizando el tratamiento de mantenimiento de vida disponible. (Esta opción no aplica a los cuidados para pacientes terminales).

Solicitudes adicionales: (Tras hablarlo con su médico, puede considerar la posibilidad de enumerar en este espacio los tratamientos concretos que desea o no desea en circunstancias específicas, como nutrición e hidratación administradas artificialmente, antibióticos intravenosos, etc.). Asegúrese de indicar si desea o no cierto tratamiento).

_____

_____

_____

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos los cuidados para pacientes terminales, entiendo y acepto que sólo se me proporcionarían los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y no se me administrarían los tratamientos disponibles para mantenerme con vida.

Si no tengo un poder para la atención médica y no puedo expresar mis deseos, designo a la siguiente persona o personas para que tomen junto con mi médico, decisiones sobre la atención médica o tratamientos compatibles con mis valores personales:

1. _____

2. _____

(Si ya se ha firmado un poder para la atención médica, entonces ya se ha nombrado a un agente y no debe enumerar nombres adicionales en este documento).

Si las personas mencionadas no están disponibles, o si no he designado un representante, entiendo que un representante se elegirá por mí siguiendo las normas especificadas en las leyes de Texas.

Si, a juicio de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso con el uso de todo el tratamiento médico disponible proporcionado dentro de la norma de atención existente, reconozco que todos los tratamientos pueden ser suspendidos o eliminados, excepto los necesarios para mantener mi comodidad. Entiendo que, según la ley de Texas, esta directiva no tiene efecto si se me ha otorgado un diagnóstico de embarazo. Esta directiva estará vigente hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

Firma _____ Fecha _____

Ciudad, condado, estado de residencia _____

Dos testigos adultos competentes deben firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar una decisión de asistencia médica o tratamiento para el paciente y no puede estar emparentado con el paciente por consanguinidad o matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte del patrimonio y no puede tener un reclamo de derechos sobre el patrimonio del paciente. Este testigo no puede ser el médico responsable ni un empleado del médico responsable. Si este testigo es un empleado de un centro médico en el que se atiende al paciente, no puede participar en la atención directa al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio o empleado de una oficina comercial de un centro de atención médica en el que el paciente está siendo atendido o de cualquier oficina matriz del centro de atención médica.

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____

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

Firma acreditada ante un *notary public*

Firmo con mi nombre este documento de Voluntad Anticipada para los médicos y familiares o sustitutos el _____ día de _____ (mes, año) en

_____
(Ciudad y estado)

_____
(Firma)

_____
(Nombre en letra de molde)

Estado de Texas

Condado de _____

El presente documento fue reconocido ante mí el _____ (fecha) por _____ (nombre de la persona que lo certifica).

_____
Notary public, estado de Texas

Nombre del *notary public* en letra de molde

SELLO

_____

Mi comisión vence el

_____

Definiciones:

"Nutrición e hidratación administradas artificialmente" el suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda insertada en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

Por "enfermedad irreversible" se entiende una afección, lesión o enfermedad:

(1) que puede ser tratada, pero nunca puede curarse o eliminarse
(2) que deja a una persona incapacitada para cuidar de sí misma o tomar decisiones por sí misma; y
(3) que sea mortal si no se proporciona un tratamiento de mantenimiento de vida de acuerdo con las normas vigentes de atención médica.

Explicación: Muchas enfermedades graves, como el cáncer, la insuficiencia de órganos importantes (riñón, corazón, hígado o pulmón) y enfermedades cerebrales graves, como la demencia por Alzheimer, pueden considerarse irreversibles al principio del curso de la enfermedad. No existe cura, pero el paciente puede mantenerse con vida durante periodos prolongados si recibe tratamientos de mantenimiento de vida. Más adelante en el curso de la misma enfermedad, esta puede considerarse terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera en un futuro próximo.

Puede que desee considerar qué cargas del tratamiento estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado concreto. Se trata de una decisión muy personal que quizá desee platicar con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

Por "tratamiento de mantenimiento de vida" se entiende el tratamiento que, sobre la base de un criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente y sin el cual el paciente morirá. El término incluye tanto los medicamentos para prolongar la vida como el soporte vital artificial, así como los respiradores mecánicos, el tratamiento de diálisis renal y la nutrición e hidratación administradas artificialmente. El término no incluye la administración de medicamentos para el control del dolor, la realización de un procedimiento médico necesario para proporcionar la comodidad o cualquier otro tipo de atención médica proporcionada para aliviar el dolor de un paciente.

Por "estado terminal" se entiende una afección incurable causada por una lesión, enfermedad o dolencia que, según un criterio médico razonable, producirá la muerte en un plazo de seis meses, incluso con el tratamiento de mantenimiento de vida disponible y proporcionado de acuerdo con las normas de atención médica vigentes.

Explicación: Muchas enfermedades graves pueden considerarse irreversibles al principio del curso de la enfermedad, pero puede que no se consideren terminales hasta que la enfermedad esté bastante avanzada. Al reflexionar sobre la enfermedad terminal y su tratamiento, es posible que también desee considerar los beneficios y las cargas relacionadas con el tratamiento y discutir sus deseos con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.