

# EL OBSEQUIO DE LA PAZ MENTAL



*Para usted mismo,  
para su familia*

**Una Guía para Preparar Paso a Paso los  
Documentos de las directrices anticipadas.**



Se otorga permiso para duplicar esta publicación para propósitos educativos o para uso individual.

Esta publicación esta dispencible en Braille, letra grande o versión en cinta grabada para las personas con la vista dañada. Llame o escriba al Iowa Department for the Blind, 524 4th St., Des Moines, Iowa 50309, 515-281-1333.

**Drake**  
DRAKE UNIVERSITY



**METHODIST  
& LUTHERAN**  
IOWA HEALTH SYSTEM

*Working together. Making a difference.*



**IOWA**  
Iowa Department of Public Health

La reimpresión de este proyecto se hizo posible en parte por el Iowa Department of Elder Affairs con financiamiento de Older Americans Act.



*EL*  
**OBSEQUIO DE  
LA PAZ  
MENTAL**

*Para usted mismo, para su familia*

Por

**MARIAN A. BRENTON, M.P.A, R.N.**

Coordinador del Proyecto

Y

**LON N. LARSON, PH.D.**

Director del Proyecto

**DRAKE CENTER FOR HEALTH ISSUES**

Drake University

Des Moines, Iowa 50311

Publicado en Des Moines, Iowa

Por el Drake center for Health Issues

Revisado y Actualizado, Octubre 2000

**Una Guía para Preparar Paso a Paso  
Documentos de Las directrices anticipadas**

## COMITÉ CONSULTIVO

Las siguientes personas ayudaron en el Comité Consultivo de este proyecto. Sus esfuerzos, conocimientos y experiencia contribuyeron a la profundidad y exactitud de ésta publicación, por lo cual el Drake Center for Health Issues les está agradecido:

**CAROLYN S. ADAMS, M.P.A.,**

Iowa Department of Public Health

**DANIEL J. BALDI, D.O.,**

Iowa Osteopathic Medical Association

**DOUGLAS W. BRENTON, M.D.,**

Iowa Medical Society

**DEANNA CLINGAN-FISCHER, J.D.,**

Iowa Department of Elder Affairs  
and the Iowa State Bar Association

**REVEREND RANDY EHRHARDT,**

West Des Moines Christian Church

**KATHRYN FREILINGER**

Iowa Health System – Central Region

**KAREN HANSON, J.D.,**

Iowa Hospital Association

**LISA LACHER, M.A.,**

Drake University Department of Marketing  
and Communications

**MAUREEN MCGUIRE, J.D.,**

Office of the Attorney General

**TOM WESTBROOK, PH.D.,**

Drake University Adult Student Resource Center

## REFERENCIAS

### Referencias Primarias:

Emmanuel LL, Emanuel EJ. "The Medical Directive: A New Comprehensive Advance Care Document.," *Journal of the American Medical Association*, 9 de junio, 1989; 261:3290. Propiedad literaria 1990. No refleja la política oficial de la American Medical Association.

Reimpresión permiso de Doctores Linda L. Y Ezekiel J. Emanuel.

"Taking Steps to Plan for Critical Health Care Decisions," Vermont Ethics Network.

### Otras referencias:

Gillick MR, Hess K. Mazzapica N., *Medical Technology at the End of Life: What Would Physicians and Nurses Want for Themselves?* *Archives of Internal Medicine*, 1993; 153:2542-2547.

"Health Care Powers of Attorney," Commission on Legal Problems of the Elderly, American Bar Association.

"Planning for Incapacity: A Self-Help Guide," Legal Counsel for the Elderly, Sponsored by the American Association of Retired Persons.

## OTORGAMIENTO DE APOYOS

Para este proyecto el Estado de Iowa otorgó un apoyo y fue administrado por el Departamento de Salud Pública de Iowa.

Los costos iniciales de imprenta fueron pagados por el Iowa Methodist Medical Center y Iowa Lutheran Hospital.

## COMO USAR ESTE FOLLETO

El propósito de este folleto es educar al público respecto a las directrices anticipadas. Para hacerlo, esperamos incrementar el uso de las directrices anticipadas, además de la calidad y precisión de los documentos mismos. El lector es guiado por una serie de pasos que finalmente lo llevan a llenar los documentos de las directrices anticipadas de una manera informada.

Este folleto se puede usar de varias formás.

### *Por ejemplo:*

- *Un individuo, pareja o miembro de familia lo puede usar para planear el futuro.*
- *Un educador de salud o director de recursos humanos lo puede usar para programas de educación para grupos grandes.*
- *Un médico, enfermera o empleado de las instalaciones para el cuidado de la salud, lo puede usar para hablar con pacientes o clientes acerca de sus decisiones futuras de su salud.*

**Usted puede sacar tantas copias del folleto mismo, los formularios e instrucciones de las directrices anticipadas, y la encuesta de valores que necesita.**

Los formularios de The Living Will (Testamento en Vivo) y Durable Power of Attorney for Health Care (La Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud) incluidos en este folleto se pueden duplicar y usar. Las copias duplicadas son documentos legales siempre y cuando tengan testigos ó sean notariados correctamente. La encuesta de valores y hoja de trabajo de la situación médica, no son documentos legales por sí mismos, sino son para uso y guía para tomar decisiones. Para copias adicionales de esta publicación, llame o escriba al Iowa Department of Elder Affairs, 200 10th Street, 3er piso, Des Moines, Iowa 50309, 515-242-3333.

Se ha intentado contestar tantas preguntas como se pudo anticipar sobre el tema de las directrices anticipadas. Si todavía tiene preguntas, favor de discutir las con su proveedor para el cuidado de la salud o su abogado.

## INTRODUCCIÓN

Este folleto educacional se produjo en el Drake University Center for Health Issues, una organización multi-disciplinaria dedicada a la educación pública acerca de asuntos económicos y éticos del cuidado de la salud. Se trata de tomar decisiones anticipadas del cuidado de la salud y crear paz en la mente de usted y su familia respecto a estas decisiones.

Si usted se enfermara de repente y no fuera capaz de tomar decisiones para su tratamiento médico, el peso de la decisión caería en su familia y seres queridos. Es conveniente por el beneficio de ellos que usted lea este folleto y complete los documentos adjuntos de directriz anticipada.

La tecnología médica puede extender la vida, pero la calidad de esa vida varía para cada persona. Las decisiones respecto a que es tolerable en la vida y en el proceso de morir son personales y se deben tomar individualmente antes de perder la oportunidad.

Las directrices anticipadas, como el Testamento en Vivo y la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud han surgido por un deseo de mantener un control individual sobre nuestra vida. Estos documentos funcionan para extender el derecho de auto-determinación al futuro. Por el hecho de documentar nuestras decisiones ahora con personas competentes, podemos influir en las decisiones sobre el cuidado de nuestra salud para el futuro.

“El Obsequio de la Paz Mental: Para Usted Mismo, Para su Familia” se existe para ayudar a los profesionistas del cuidado de la salud cuando hablan con los pacientes acerca de las directrices anticipadas, además para personas legos no profesionistas en el campo que desean completar individualmente o en grupo. Es una guía detallada de los pasos involucrados en llenar los documentos de las directrices anticipadas. Es buena idea duplicarlo para su uso. Este folleto es sólo para uso informativo y está sujeto a revisión por si cambian las leyes.

# ÍNDICE

## PASO I

<b>Entendimiento Las directrices anticipadas</b> . . . . .	<b>1-7</b>
¿Qué es una directriz anticipada? . . . . .	1
¿Se pueden tomar decisiones del cuidado de mi salud sin las directrices anticipadas? . . . . .	1
¿Quién puede legalmente completar una directriz anticipada? . . . . .	1
¿Cuáles documentos de las directrices anticipadas son legales y disponibles en Iowa? . . . . .	1-3
¿Necesito completar los dos documentos? . . . . .	3
¿Dónde puedo conseguir el formulario de la Carta de Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud o del Testamento en Vivo? . . . . .	3
¿Cómo completo las directrices? . . . . .	3
¿Qué debo hacer con las directrices anticipadas completas? . . . . .	3
¿Qué pasa si cambio de opinión? . . . . .	5
¿Qué pasa si un médico no está dispuesto a cumplir con mi Testamento en Vivo o las decisiones de mi agente? . . . . .	5
¿Si me cambio a otro estado, serán válidas mis directrices anticipadas? . . . . .	5
¿Si yo sufro un accidente, cómo sabrán el policía y la ambulancia de mis directrices anticipadas? . . . . .	5
¿Me pueden requerir que firme los documentos como condición de admisión a una instalación del cuidado de la salud? . . . . .	6
¿Necesito un abogado para completar un documento de directriz anticipada? . . . . .	6
¿Quién debería ser mi agente? . . . . .	6
¿Qué pasa si no tengo a nadie para ser mi agente? . . . . .	7

## **PASO II**

### **Entendiendo Términos Legales y Médicos . . . . . 8-11**

## **PASO III**

### **Encuesta de Valores . . . . . 12-13**

¿Qué valora más acerca de su vida? . . . . . 12

¿Qué tipos de condiciones mentales y físicas le harían pensar que los tratamientos que prolongan la vida ya no se deberían usar? . . . . . 12

¿Cómo podrían afectar, sus propias decisiones médicas, a sus relaciones personales y responsabilidades? . . . . . 12

¿Cómo se siente respecto a la muerte y el morir? . . . . . 13

## **PASO IV**

### **Hojas de Ejercicios de Situaciones Médicas. . . . . 14-18**

## **PASO V**

### **Completando los Documentos. . . . . 19-32**

Completando la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud . . . . . 19-20

Instrucciones para la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud . . . . . 21-22

Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud. . . . . 24-26

Como completar el Testamento en Vivo . . . . . 27

Instrucciones para el Testamento en Vivo . . . . . 28-29

El Testamento en Vivo, Declaración Respecto al Uso de Procedimientos que Sostienen la Vida . . . . . 30-32

## **PASO VI**

### **Información Adicional. . . . . 33-34**

Preguntas para preguntar al equipo médico por un agente. . . . . 33

Muestra de tarjeta de billetera . . . . . 34

## **PASO I: ENTENDIENDO LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS**

### **¿Qué son las directrices anticipadas?**

Las directrices anticipadas son documentos que le posibilitan tomar decisiones respecto a su cuidado médico en el futuro. Ofrecen dirección a su familia y a los médicos cuando usted no puede hablar por sí mismo, y ayudan a asegurar que sus valores y deseos importantes se lleven a cabo. Hay dos documentos de las directrices anticipadas legalmente reconocidos en Iowa. Se los explican abajo.

### **¿Se pueden tomar decisiones del cuidado de mi salud sin las directrices anticipadas?**

Sí. Si usted no ha completado una directriz anticipada y es incapaz de tomar decisiones, miembros de su familia tomarán decisiones de cuidado de salud para usted, después de hablar con sus médicos sobre su condición. Sin embargo, es mejor que estas personas entiendan sus deseos y valores. Completar las directrices anticipadas puede darle más certeza que se llevarán a cabo sus deseos. También pueden dar a los miembros de su familia la paz mental de saber que están haciendo lo que usted preferiría.

### **¿Quién puede legalmente completar una directriz anticipada?**

Cualquier adulto competente mayor de 18 años puede completar una directriz anticipada. Un adulto competente es uno que tiene la capacidad de entender la naturaleza y posibles resultados de su condición médica y de tomar decisiones independientes respecto a el tratamiento.

### **¿Cuáles documentos de las directrices anticipadas son legales y disponibles en Iowa?**

La ley de Iowa proporciona dos tipos de directrices anticipadas:

#### **La Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud**

La Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud es un documento legal que le permite escoger a alguien como su agente (alguien que actúa de su parte) para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud, cuando usted no puede, debido a estar inconsciente o a la pérdida de habilidad de pensar y razonar. Se requiere a este agente para tomar decisiones de acuerdo con las directrices que usted le proporciona por escrito u verbalmente. Si sus deseos no están claramente entendidos y definidos, entonces su agente tomará las decisiones

basadas en lo que él o ella crea que es para su mejor interés. Se otorga a su agente el derecho de examinar sus expedientes médicos.

Se debe llenar y atestiguar la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud mientras usted todavía sea capaz de tomar decisiones para sí mismo. Cualquier incapacidad que usted pueda sufrir más tarde en su vida entonces estará cubierta por la Carta poder del Abogado para el Cuidado de la Salud.

La Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud toma efecto cuando su médico ha determinado que usted es incapaz de tomar decisiones por usted mismo, aún cuando la situación es temporal, como después de un accidente automovilístico o una enfermedad severa y repentina. A diferencia de un Testamento en Vivo, lo cual es el segundo tipo de directriz anticipada y se discute en la página 3, la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud no esta restringida a pacientes inconscientes, con una condición que causará su muerte (frecuentemente llamada una condición terminal o fatal) o a decisiones sobre procedimientos que demoran el proceso de morir (procedimientos que sostienen la vida).

***1. Las siguientes son tareas involucradas al llenar la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud;***

- ***Escoger un agente (alguien que actúa por usted) para tomar decisiones acerca del cuidado de su salud, cuando según la opinión de su médico, usted es incapaz de tomar decisiones acerca del cuidado de su salud debido a la pérdida de conciencia o pérdida de habilidad de pensar y razonar. Siempre y cuando usted sea capaz de tomar sus propias decisiones, usted, no su agente, tiene la autoridad de tomar decisiones de tratamiento. Típicamente, un hijo adulto, un(a) esposo(a), o un amigo es escogido como agente de cuidado de salud.***
- ***Tomar decisiones respecto a tratamientos específicos del cuidado de la salud que usted si quiere o no quiere en ciertas situaciones.***
- ***Tener el documento atestiguado o notariado.***
- ***Distribuir la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud a las personas apropiadas.***

*2. El Testamento en Vivo, conocido en Iowa como The Declaration Relating to Use of Life/Sustaining Procedures (La Declaración Respecto al Uso de Procedimientos para Sostener la Vida).*

Un Testamento en Vivo es un documento que dirige a su médico a negar o quitar ciertos tratamientos (procedimientos que sostienen la vida) que podrían prolongar el proceso de morir. Esta directriz anticipada llega a ser efectiva solamente en el punto en que en la opinión escrita de su médico (confirmado por otro médico), se cree que usted este serca de morir y usted es incapaz de tomar decisiones por si mismo (porque está inconsciente o es incapaz de pensar y razonar) o se determina que está permanentemente inconsciente (estado de coma irreversible, estado persistente vegetativo.)

**¿Necesito completar los dos documentos?**

Es su decisión. El Testamento en Vivo y la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud son documentos legales que cuando se consideran juntos, indican muy claramente, sus deseos, aún los que serían cubiertos por un Testamento en Vivo.

Sin embargo, si usted sabe que no quiere tener una muerte prolongada por máquinas, drogas o tratamientos, puede también querer firmar un Testamento en Vivo ya que provee información a su médico si usted no tiene agente o Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud o su agente no está disponible.

**¿Dónde puedo conseguir el formulario de la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud o el Testamento en Vivo?**

Se pueden encontrar formularios y direcciones en las páginas 19-34. Usted puede copiar los formularios para usted o familiares y amigos. Para copias adicionales de este folleto, favor de llamar o escribir al Iowa Department of Elder Affairs, 200 10th Street, 3er piso, Des Moines, Iowa 50309, 515-242-3333.

**¿Cómo completo las directrices?**

Mientras lee este folleto, usted encontrará instrucciones muy detalladas respecto a como llenar los documentos. Después de llenarlos, su firma tiene que ser atestiguada o autorizada o debe de ser legalmente reconocida.

Los requerimientos legales para atestiguar son iguales al Testamento en Vivo y a la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud. Cada formulario debe ser firmado y fechado y luego, una de las dos personas, mayores de 18 años, debe verificar su firma y firmar en las líneas marcadas para testigos, **o** usted debe tener el formulario autorizado ante el notario. Por lo menos uno de los testigos **no debe** ser pariente de usted, por sangre, matrimonio, o adopción. Cuando se usa notario, los testigos no son necesarios. Las siguientes personas **no pueden** actuar legalmente como testigo para usted:

- *Alguien que se ha asignado como su agente en el formulario de la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud*
- *Alguien que le trata como paciente, como su médico o enfermera*
- *Un empleado de alguien que le trata (incluyendo cualquier empleado de su médico, el hospital, asilo de ancianos o hospicio donde usted puede obtener tratamiento médico), a menos que el empleado también sea su pariente*

## ¿Qué debo hacer con las directrices anticipadas ya completas?

Deben de ser copiados y dadas a sus familiares, a su agente para el cuidado de la salud, a su médico familiar y, si es apropiado para usted, a su pastor, sacerdote o rabino. También es importante recordar que debe llevar consigo una copia al hospital, cada vez que se admite, para asegurar que el personal del hospital esté conciente de ella.

Es importante comunicar a sus seres queridos y médicos sobre la existencia de sus directrices anticipadas ya completas y sobre la información que contienen. Esto hará que su familia, agente y médicos estén más seguros de sus deseos y más cómodos con tomar decisiones por usted.

Su médico o enfermera puede ser una fuente muy valiosa de información cuando usted tiene preguntas acerca de ciertos tratamientos médicos. Pueden ayudarle a entender los tipos de situaciones que pueden surgir y cuales pueden ser sus opciones de tratamiento en tales casos. Arregle una cita para hablar con él o ella acerca de estas inquietudes.

## **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Usted puede cambiar o cancelar estos documentos en cualquier momento, sin importar su condición física o mental. Si se hacen los cambios por escrito, usted debe poner sus iniciales y la fecha junto a cada cambio, firmar y fecharlo de nuevo en la parte de abajo del formulario. Se deben hacer copias de las directrices anticipadas cambiadas, y distribuir las como antes. Si usted desea cancelar el formulario, usted debe informar a su médico. También es una buena idea destruir el documento. La ley de Iowa no le requiere cancelar ningún documento por escrito. Se puede hacer verbalmente.

Las situaciones y los valores cambian mientras pasa el tiempo y es importante re-evaluar sus directrices anticipadas cada año para asegurar que se mantengan correctas y precisas.

## **¿Qué pasa si un médico no está dispuesto a cumplir con mi Testamento en Vivo o a las decisiones de mi agente?**

Si en el futuro, un médico o administrador de un hospital o una instalación para el cuidado de la salud no está dispuesto a seguir sus deseos según han sido indicados en sus documentos de las directrices anticipadas, o hechos por su agente, entonces el médico o administrador debe

hacer todo lo posible para arreglar transferirle a otro médico o instalación que sí esté dispuesto a hacerlo.

## **¿Si me cambio a otro estado, serán válidas mis directrices anticipadas?**

Se deben respetar en cualquier estado, ya que son evidencia de sus deseos no importa donde esté. Sin embargo, los requerimientos legales para los documentos de las directrices anticipadas varían de estado a estado. Si usted quiere ser absolutamente seguro cuando se cambia a otro estado, es una buena idea completar nuevas documentos que cumplen con todos los requerimientos de ese estado. Eso también es verdad si usted vive en otro estado por un porción del año.

## **¿Si yo tengo un accidente, cómo sabrán el policía y la ambulancia de mis directrices anticipadas?**

Si acaso usted está involucrado en un accidente automovilístico en Iowa, o en otro estado, usted debe cargar una tarjeta para la billettera que indica que usted ha firmado una directriz anticipada en Iowa y como comunicarse con su agente. Esto no garantiza que se llevarán a cabo sus deseos, pero ayudará a informar a los demás de ellos. Una tarjeta para la billettera se incluye en la parte interior de la portada posterior de este folleto.

**¿Me pueden requerir que firme estos documentos como condición de admisión a una instalación de cuidado de la salud?**

No. Ningún hospital o asilo de ancianos puede rehusar admitirle simplemente porque usted no ha firmado un Testamento en Vivo o Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud. Si alguna instalación para el cuidado de la salud intenta forzarle a firmar una directriz anticipada, debe comunicarse con el Iowa Department of Inspections and Appeals, Lucas State Office Building, Des Moines, Iowa 50319-4115. Todas las instalaciones para el cuidado de la salud las requieren por ley, sin embargo, pueden preguntarle si tiene una directriz anticipada y a ofrecerle información al respecto.

**¿Necesito un abogado para completar un documento de directriz anticipada?**

No. No es necesario tener un abogado para completar legalmente estos documentos. Sin embargo, es importante completarlos correctamente e involucrar a un abogado puede darle paz mental. También podrá querer contactar a su abogado para cualquier pregunta o preocupación sobre el efecto de estos documentos.

**¿Quién debe ser mi agente?**

La elección de su agente (conocido legalmente como el “abogado de hecho”) es una de las partes más importantes para completar un Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud. Su agente tendrá control directo sobre sus directices si usted llega a ser incapaz de tomar decisiones para el cuidado de su salud.

Por lo tanto, es necesario que su agente sea alguien en quien confía, y alguien que es capaz de entender las responsabilidades involucradas en ser un agente para el cuidado de la salud. Mucha gente escoge a un adulto o hijo adulto, pero el agente no tiene que ser parte de su familia. Algunas personas escogen a un amigo, líder espiritual o a su abogado personal. Es importante pasar tiempo con la persona asignada para asegurar que entienda detalladamente sus valores y deseos específico de tratamiento médico. La encuesta de valores y hoja de trabajo de situaciones médicas incluidas en este folleto pueden ser herramientas muy valiosas al hablar de estos asuntos.

**En Iowa, las siguientes personas no se pueden asignar como agente:**

- *Alguien que le trata como paciente, ya sea su médico o enfermera.*
- *Un empleado de alguien que le trata (inclusive cualquier empleado de su médico, o el hospital, asilo de ancianos, o hospicio donde usted puede obtener tratamiento médico), a menos que el empleado también sea su pariente.*

**What if I don't have anyone to be my agent?**

It may happen that you are unable to find an agent. Without an agent, you cannot execute a Durable Power of Attorney for Health Care. In that case, you should do the following:

- *Complete a Living Will. See pages 30-31 of this booklet.*
- *Review the values survey and complete the medical situations worksheet.*
- *Be sure to talk to your doctor and give him/her a copy of the Living Will. Give copies to family members. Also, take copies of all of these with you each time you are admitted to the hospital.*

## PASO II: ENTENDER TÉRMINOS LEGALES Y MÉDICOS

El siguiente glosario de términos médicos y legales es preciso y correcto. Sin embargo, es explicatorio y no se debe considerar como definiciones legales. Para más información, comuníquese con su médico o abogado.

### **Directriz anticipada –**

Término general para documentos legales (como el Testamento en Vivo o Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud) que declaran los deseos de una persona para tratamiento médico por si acaso él o ella es incapaz de tomar sus propias decisiones.

### **Agente –**

Alguien que actúa por usted; Como “abogado de hecho.”

### **Antibióticos –**

Drogas administradas para combatir la infección. Los tipos más comunes de infecciones que amenazan la vida en pacientes críticamente enfermos incluyen neumonía e infecciones de la vía urinaria (riñón o vejiga.)

### **Provisión artificial de nutrición y fluidos (“alimentarse por tubo”) –**

Se usa o temporalmente o permanentemente para alimentar a los pacientes cuando tienen dificultad de tragar. Hay tres formas de alimentar a pacientes artificialmente:

- *Un tubo insertado por la nariz hasta el estómago (tubo naso gástrico)*
- *Un tubo insertado por la pared del estómago con cirugía (tubo gastrostomía)*
- *Tubos colocados en venas en los brazos o el pecho (tubos intravenosos o suero IV)*

**La ley de Iowa permite a las personas rehusar alimentarse por tubo, así como pueden rehusar otros tratamientos médicos.**

### **Resucitación Cardiopulmonar (RCP/CPR) –**

El procedimiento que se usa cuando alguien cuyo corazón y/o respiración se ha parado es resucitarlo con las siguientes acciones:

- *Presionar el pecho para apretar el corazón para que la sangre empiece a circular de nuevo*
- *Respiración mecánica (u otra respiración artificial con boquilla o tubo y bolsa) para empujar aire a los pulmones*

- *Choques eléctricos en el pecho para que empiece a latir el corazón de nuevo (defibrilación)*
- *Medicamentos administrados por una vena o directamente al corazón*

**Los mejores resultados de RCP ocurren con una persona generalmente saludable cuyo corazón para repentinamente. Si se empieza a administrar RCP pronto, puede salvar la vida de una persona y prevenir los daños a tejidos y órganos. Pero el daño permanente al cerebro es común si más de aproximadamente 4 minutos han pasado antes de comenzar la RCP.**

### **Estado de Coma –**

Una condición como sueño (ojos cerrados) que resulta del daño al cerebro por accidente o enfermedad. Un estado de coma puede ser temporal o permanente.

### **Cuidado para Comodidad-**

El cuidado para mantener a alguien para que esté tan cómodo como sea posible, incluyendo medicamento para dolor, pomada para labios y pedacitos de hielo, cambiar la posición y dar vuelta al cuerpo frecuentemente (o usar colchones especiales para prevenir llagas de cama), y bañar al paciente. Este tipo de cuidado da alivio durante el proceso de morir pero no lo detiene.

### **Competente –**

Una persona competente es una que tiene la capacidad de entender la naturaleza y resultados posibles de su condición médica y de tomar sus propias decisiones respecto al tratamiento.

### **Declarante –**

Una persona que hace una declaración acerca de sus deseos, o una declaración, en un documento legal.

### **No Resucitar (DNR) –**

Una orden de DNR no es lo mismo que tener una directriz anticipada. Si quiere evitar la RCP, su médico debe escribir una orden por separado en su expediente médico para cada admisión.

**Los hospitales y algunos asilos de ancianos automáticamente intentan la RCP (ver definición) con alguien cuyo corazón y/o respiración se detiene, a menos que exista una orden de No Resucitar (DNR) en los expedientes médicos del paciente. Una orden de DNR (también llamada “un código”) puede ser escrito por un médico con permiso del paciente, del agente de salud del paciente, o de la familia del paciente.**

### **Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud –**

Un documento que le permite nombrar a otra persona (llamado su agente o abogado de hecho) para tomar decisiones médicas por usted si es incapaz de tomar sus propias decisiones. Hay una copia de uno que es legal en Iowa, junto con las direcciones para llenarlo, en las páginas 19-26.

### **Ejecutar -**

Seguir las pautas legales para completar un documento para que sea legal y aplicable. Puede incluir tener testigos que afirmen lo que usted haya firmado en el documento.

### **Condición Fatal (terminal) –**

Ver “condición terminal.”

### **Consentimiento Informado –**

Estar de acuerdo con un plan de tratamiento después de que usted o su agente se hayan informado acerca de su condición médica y las opciones de tratamiento.

### **Procedimientos para Sostener la Vida –**

Drogas, equipo médico, o tratamientos que pueden mantener viva a la gente que de otra forma se moriría dentro de un corto, aunque incierto, periodo de tiempo.

### **Testamento en Vivo –**

Un documento, conocido en Iowa como the Declaration Relating to Use of Life-Sustaining Procedures (Declaración Relacionada al Uso de Procedimientos que sostenga la Vida), que da dirección al médico que le atiende para retener o quitar procedimientos que solamente prolongan el proceso de morir y que no son necesarios para la comodidad o la liberación del dolor.

Hay una copia de un testamento que es legal en Iowa, junto con las direcciones para llenarla, en las páginas 27-32.

### **Respiración Mecánica –**

Respirar con una máquina (ventilador o respirador) cuando un paciente es incapaz de hacerlo por sí mismo. Se hace por medio de insertar un tubo en la tráquea ya sea por la nariz o por la boca (tubo endotraqueal), o por un hoyo cortado en la traquea en la frente del cuello (traqueotomía.) El tubo endotraqueal es más incómodo ya que impide al paciente hablar y comer y causa el reflejo de vomitarse. La traqueotomía requiere cirugía, pero puede permitir al paciente comer y hablar cuando no está usando el respirador durante periodos cortos de tiempo. Este tipo de máquina es muy útil para situaciones de emergencia.

## **Tecnología Médica -**

Equipo y tratamientos que usan los médicos para diagnosticar y combatir las enfermedades, tratar heridas o mantener la condición mental o física. Algunos ejemplos son cirugía, escudriñamiento CAT (imagen computada de tomografía) y otros procedimientos de radiografía, drogas y máquinas de desviación coronaria.

## **Médicamentos para Dolor -**

Medicamentos que alivian dolor resultante de una herida o enfermedad. Son una parte muy importante del cuidado para la comodidad (ver la definición.) Estos medicamentos pueden también interferir con la respiración de pacientes muy enfermos. Estos efectos secundarios pueden indirectamente hacer más corta la vida.

## **Estado Vegetativo Persistente (EVP/PVS) -**

Un estado de inconsciencia permanente que no es curable. Puede tardar hasta tres meses para estar seguro de un diagnóstico de EVP. En los pacientes con PVS, los centros del cerebro que controlan el pensar, hablar, hambre y sed se han destruido. Los pacientes con PVS todavía tienen reflejos, como movimientos sin dirección intencional de los ojos y músculos, bostezar, toser,

y reacciones al tacto o sonido. Los conocimientos médicos actuales indican que no sienten el dolor. Este diagnóstico incluye pacientes que aparentemente están despiertos a veces, pero no incluye los que están en un estado de coma más profundo con los ojos cerrados.

## **Principal -**

Persona que cede el poder de tomar decisiones para el cuidado de su salud a un agente para el cuidado de su salud en el documento de Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud.

## **Condición Terminal (fatal) -**

La ley de Iowa define una condición terminal como la que es incurable o irreversible, y que en la opinión del médico que atiende (con confirmación de un segundo médico) sin la administración de procedimientos para sostener la vida, terminará en la muerte dentro de un periodo relativamente corto de tiempo. No se ha identificado ningún periodo de tiempo específico. Una condición terminal también puede ser un estado permanente de inconsciencia por lo cual en un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación.

### **PASO III: ENCUESTA DE VALORES**

Las siguientes preguntas le pueden ayudar a definir sus valores respecto a las decisiones médicas y tratando de el final de su vida. Usted puede usar estas preguntas para discutir sus opiniones con su agente, médico y familia. Hablar con ellos acerca de estos valores les dará paz mental cuando llegue la hora de tomar decisiones difíciles, y les ayudará a seleccionar las opciones específicas respecto a procedimientos médicos.

#### **¿Qué valora más acerca de su vida? ¿Qué le llena de alegría?**

*Por ejemplo:*

- *Vivir muchos años, los más posibles*
- *Vivir una vida activa*
- *Disfrutar la compañía de familia y amigos*
- *Seguir independiente y en control*

Si usted encuentra que la actividad, independencia y/o interacción social es más importante para usted que solamente vivir muchos años, entonces seleccionar las opciones específicas respecto a situaciones médicas (como las que se encuentran en la próxima sección) será particularmente importante para usted y su familia.

**¿Existen ciertas condiciones médicas o físicas que le harían creer que los tratamientos que prolongan el morir ya no se deben de usar?**

*Por ejemplo:*

- *Falta de conocimiento de sí mismo o alrededores*
- *Inhabilidad de apreciar y continuar las relaciones importantes en su vida*
- *Inhabilidad de pensar suficientemente claro para tomar decisiones cotidianas*
- *Dolor severo u incomodidad*
- *Daños físicos (como piernas o brazos paralizadas o amputadas)*

Es importante considerar algunos de los efectos posibles aparte de la muerte, que una enfermedad severa o accidente podría causar.

**¿Cómo podrían afectar sus propias decisiones médicas sus relaciones personales y responsabilidades?**

*Por ejemplo:*

- *El deseo de tomar sus propias decisiones*

- *El deseo de evitar poner la carga de tomar decisiones difíciles a su familia*
- *Querer dejar buenos recuerdos a su familia*
- *Evitar usar todos los aborros familiares*

Proporcionar a sus seres queridos y los que le cuidan la información que necesitan para tomar decisiones médicas por usted, es un obsequio maravilloso. Así se puede evitar la gran angustia, el estrés emocional y el conflicto para ellos. Aunque perderle a usted será difícil para su familia, saber que ellos están haciendo las cosas que usted hubiera querido hará el proceso menos difícil.

## **¿Cómo se siente usted respecto a la muerte y el morir?**

*Por ejemplo:*

- *Usted teme que la muerte será demasiado prolongada, o que tendrá demasiado dolor.*
- *Usted perdió a alguien cercano a usted y no quiere morir así.*
- *Usted quiere morir con respeto y control, y en un lugar y ambiente que usted escoja, lo mejor para usted y su familia.*
- *Usted no quiere sufrir por mucho tiempo.*

Todas estas preguntas son muy importantes para considerarse, junto con las decisiones sobre los tratamientos médicos.

**PASO IV:**  
**HOJAS DE EJERCICIOS SOBRE SITUACIONES  
MÉDICAS**

Las siguientes hojas de ejercicios presentan cuatro situaciones médicas en las cuales las directrices anticipadas frecuentemente son necesitadas. Después de la descripción de cada situación usted encontrará una lista de seis posibles tratamientos o procedimientos comunmente usados por médicos y enfermeras en hospitales para tratar la condición descrita. Por favor lea cada situación cuidadosamente e intente imaginarse a usted mismo en esa situación, y decide si quiere, si no quiere, si puede o no puede decidir o si prefiere que se intente primero el tratamiento para determinar si le ayudaría. Ponga una "X" en una columna junto a cada tratamiento enumerado.

Esta hoja de trabajo no es un documento legal. Es una guía para usted, su familia, agente y médico. No es una lista de todas las condiciones médicas posibles.

Sin embargo, saber sus deseos en estas situaciones en particular, le servirá de guía para otras situaciones. Recomendamos que llene estas hojas de trabajo y que use esta información para completar la Sección 2 del formulario Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud, y la Sección 4 del formulario Testamento en Vivo. Esta información le proporcionará ayuda y dirección valiosa a su agente en el futuro.

Esta sección se adaptó de Emanuel L.L., Emanuel EJ, "The Médical Directive: A New Comprehensive Advance Care Document," *Journal of the American Medical Association*, June 9, '89;261:3290. Copyright 1990.

**A.** Si mi médico ha determinado con certeza que tengo una condición que causará pronto mi muerte (condición fatal o terminal), y estoy inconsciente o de otra forma incapaz de hablar por mi mismo, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:

	Quiero	No Quiero	No He Decidido	Quiero Intentar <i>Si no se ha mejorado significativamente, discontinúe</i>
<b>1. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)</b> El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para reempezar la respiración.				
<b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b> Respirar por una máquina por un tubo insertado por la boca o nariz.				
<b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b> Alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.				
<b>4. MÉDICAMENTOS PARA DOLOR</b> (Aunque pueden hacer a uno menos consciente e indirectamente acortar la vida).				
<b>5. ANTIBIÓTICOS</b> Drogas para combatir infección.				
<b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b>				

**B.** *Si estoy inconsciente por un accidente o una enfermedad grave, y no hay esperanza conocida de recuperar el conocimiento consciente de mi ambiente (estado de coma irreversible o muerte cerebral), pero las máquinas o drogas podrían mantener vivo mi cuerpo durante años, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:*

	Quiero	No Quiero	No He Decidido	Quiero Intentar <i>Si no se ha mejorado significativamente, discontinúe</i>
<p><b>1. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)</b></p> <p>El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para re-empezar la respiración.</p>				
<p><b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b></p> <p>Respirar por una máquina por un tubo insertado por la boca o nariz.</p>				
<p><b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b></p> <p>Alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.</p>				
<p><b>4. MÉDICAMENTOS PARA DOLOR</b></p> <p>(Aunque pueden hacer a un menos consciente e indirectamente acortar la vida).</p>				
<p><b>5. ANTIBIÓTICOS</b></p> <p>Drogas para combatir infección.</p>				
<p><b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b></p>				

C. Si llego a estar permanentemente confundido o mentalmente incapaz de cuidarme a mí mismo o de ser parte de cualquier interacción significativa con mi familia y amigos (como la enfermedad Alzheimer's, derrames cerebrales, o demencia), y si me enfermo, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:

	Quiero	No Quiero	No He Decidido	Quiero Intentar <i>Si no se ha mejorado significativamente, discontinúe</i>
<b>1. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)</b> El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para re-empezar la respiración.				
<b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b> Respirar por una máquina por un tubo insertado por la boca o nariz.				
<b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b> Alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.				
<b>4. MÉDICAMENTOS PARA DOLOR</b> (Aunque pueden hacer a uno menos consciente e indirectamente acortar la vida).				
<b>5. ANTIBIÓTICOS</b> Drogas para combatir infección.				
<b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b>				

D. Si tengo buena salud y sufro un accidente o enfermedad repentina que me hace incapaz de hacer que la gente sepa mis deseos, y mi condición es potencialmente reversible en la opinión de mi médico, entonces mis deseos respecto al uso de lo siguiente serían:

	Quiero	No Quiero	No He Decidido	Quiero Intentar <i>Si no se ha mejorado significativamente, discontinúe</i>
<p><b>1. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)</b></p> <p>El uso de drogas, respiración artificial, compresión externa del pecho, y/o choque eléctrico para re-empezar la respiración.</p>				
<p><b>2. RESPIRACIÓN MECÁNICA</b></p> <p>Respirar por una máquina por un tubo insertado por la boca o nariz.</p>				
<p><b>3. NUTRICIÓN ARTIFICIAL/ HIDRATACIÓN</b></p> <p>Alimentos y líquidos administrados por un tubo en las venas, la nariz o el estómago.</p>				
<p><b>4. MÉDICAMENTOS PARA DOLOR</b></p> <p>(Aunque pueden hacer a uno menos consciente e indirectamente acortar la vida).</p>				
<p><b>5. ANTIBIÓTICOS</b></p> <p>Drogas para combatir infección.</p>				
<p><b>6. SANGRE O PRODUCTOS DE SANGRE</b></p>				

## **PASO V: COMPLETAR LOS DOCUMENTOS**

Completar una Carta poder del Abogado para el Cuidado de la Salud

**1. REVISE LA ENCUESTA DE VALORES** en las páginas 12-13 de este folleto.

**2. COMPLETE LAS HOJAS DE TRABAJO DE SITUACIONES MÉDICAS, SI SE DESEA,** en las páginas 14-18 de este folleto.

**3. ESCOGA UN AGENTE,** y agente alterno (si es posible).

Escoger un agente es muy importante porque el trabajo del agente es asegurar que sus deseos para el cuidado de su salud (como están escritos en la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud e indicados verbalmente) se lleven a cabo. Usted confiará en que esta persona hablará con los médicos, para evaluar las opciones, y tomará las decisiones más similares a las que usted tomaría por sí mismo.

Mucha gente escoge un hijo adulto, esposo/a, u otro pariente cercano. Otros prefieren un buen amigo. A pesar de su elección, su agente debe ser alguien en el cual usted confía, que le conoce bien y que entiende sus valores y creencias. Vea la página 6 para una lista de los que legalmente no pueden ser su agente.

**4. HABLE CON SU AGENTE.**

Hable con su agente acerca de sus creencias y valores respecto a la enfermedad y la muerte. Le vendría repasar la encuesta de valores y hoja de situaciones médicas de este folleto con su agente; estas hojas de ejercicio le ayudan a expresar sus pensamientos más claramente. Asegúrese que su agente entiende sus deseos.

**5. HABLE CON OTROS.**

Pregunte a su médico o enfermera para cualquier información médica que pueda necesitar, averigüe si él o ella le apoyan en su decisión al completar una directriz anticipada, y revisar sus decisiones específicas en las situaciones médicas con él o ella. Hable con su familia. A lo mejor usted puede querer hablar con su pastor, sacerdote o rabino para apoyo y dirección.

**6. COMPLETE LA CARTA PODER DEL ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**

Que se encuentra en las páginas 24-26 de este folleto siguiendo las instrucciones.

**7. FIRME EL DOCUMENTO, PARA TENERLO ATESTIGUADO O NOTARIADO.**

**8. SAQUE COPIAS DE LA CARTA PODER DEL ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.**

Saque una copia para usted mismo, y una para su agente alterno, su médico, su hospital, y su pastor, sacerdote o rabino. Asegúrese de que cada uno reciba una copia. También puede proporcionar copias a su familia y abogado. Hay espacio en el formulario para anotar donde se pueden localizar copias adicionales.

**9. DE A SU AGENTE, EL ORIGINAL DE LA CARTA PODER DEL ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.**

**INSTRUCCIONES PARA LA CARTA PODER DEL ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.** *Refiérase al documento en las páginas 24-26 y llénelo mientras lee cuidadosamente estas instrucciones.*

**SECCIÓN 1:**

**Escriba cuidadosamente con máquina de escribir o con letra de molde el nombre (primero, segunda inicial, apellido) de su agente en las líneas. “Abogado de hecho” es el nombre legal de su agente.**

- *La sección que sigue al nombre y la dirección de su agente, identifica legalmente las responsabilidades y obligaciones del agente para el cuidado de su salud, incluyendo:*

*a. El poder de tomar decisiones para el cuidado de su salud, solamente si un médico dice que usted es incapaz de tomarlas por sí mismo.*

*b. El hecho de que esas decisiones deben ser consistentes con sus deseos.*

*c. El poder consentir o rehusar o retirar los tratamientos médicos, aún cuando sean necesarios para mantenerle vivo.*

*d. El poder de tomar estas decisiones por usted, por cualquier condición mental o física siempre y cuando sean consistentes con sus instrucciones verbales o escritas. Su agente también tiene el derecho de examinar su expediente.*

**SECCIÓN 2:**

**Se pueden escribir instrucciones específicas en el área en blanco, como los tratamientos médicos específicos que usted quiere evitar y en cuales situaciones. Use las hojas de ejercicios como guía.**

**SECCIÓN 3:**

**Escriba cuidadosamente con máquina de escribir o con letra de molde el nombre, la dirección, y el número telefónico de un agente alterno que tomará la responsabilidad si su agente no puede hacerlo. Se sugiere esto, pero no se requiere.**

**SECCIÓN 4 (EN LA PÁGINA 25-26):**

Usted tiene la opción de usar un notario público, o hacer que dos testigos firmen su documento. Un notario público le debe observar firmar el documento. Igual, los dos testigos deben observarle a usted firmar y observarse firmar uno al otro. Asegúrese que no más de uno de sus testigos sea pariente suyo. Su médico o empleado de su médico no puede ser testigo, a menos que también sea pariente suyo. Además, su agente no puede ser testigo.

**SECCIÓN 5:**

Firme su nombre como lo hace para cualquier documento legal, entonces escriba cuidadosamente con máquina o con letra de molde su nombre (como principal, o la persona que otorga el poder al abogado) y la dirección, en las líneas proporcionadas debajo de su firma. Se debe firmar en la presencia de su testigo o un notario público.

**SECCIÓN 6:**

Anote donde se encuentra (el lugar) de cada copia de la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud.









## COMPLETANDO UN TESTAMENTO EN VIVO

**1. REVISE LA ENCUESTA DE VALORES.**

En la página 12 y 13 de este folleto.

**2. COMPLETE LA HOJA DE SITUACIÓN MÉDICA, SI DESEA.**

En las páginas 14-18 de este folleto.

**3. HABLE CON OTROS.**

Pida a su médico cualquier información médica que usted pueda necesitar, averigüe si él o ella apoya su decisión de completar una directriz anticipada, y revise sus decisiones específicas en las situaciones médicas con él o ella. Hable con su familia detalladamente acerca de sus valores y creencias. Revise la encuesta de valores y hoja de trabajo de situaciones médicas con ellos. También puede querer hablar con su líder espiritual para dirección y apoyo.

**4. COMPLETE EL TESTAMENTO EN VIVO.**

Se encuentra en las páginas 30 y 31 de este folleto. Siga las instrucciones.

**5. FIRME EL DOCUMENTO Y TENGALO ATES-TIGUADO O NOTARIA-DO.**

**6. SAQUE COPIA DEL TESTAMENTO EN VIVO.**

Saque copia para su médico, hospital y líder espiritual. Asegúrese que cada una de estas personas reciba una copia. También puede proporcionar copias a su familia y abogado.

**7. COLOQUE EL DOCUMENTO ORIGINAL DONDE ESTE PROTE-GIDO PERO NO DIFÍCIL DE ENCON-TRAR.**

Sus familiares pueden necesitar usar el Testamento en Vivo algún día, por lo tanto asegúrese de que sepan donde se encuentran los documentos. Una caja cerrada con llave en el banco o en una caja fuerte no es buen lugar para el documento, porque puede ser que los familiares no sepan dónde encontrar la llave o combinación.

## INSTRUCCIONES PARA EL TESTAMENTO EN VIVO.

*Refiérase al documento que empieza en la página 30 y llenelo mientras lee estas instrucciones cuidadosamente.*

### SECCIÓN 1:

La Declaración Respecto al Uso de Procedimientos que Sostienen la Vida, es el nombre legal dado al Testamento en Vivo en Iowa.

### SECCIÓN 2:

Esta declaración dice que si usted se encuentra en una condición que causará su muerte, usted no quiere prolongar su vida por medio de máquinas, drogas u otros tratamientos. De acuerdo con la ley de Iowa, dos médicos deben haberle examinado y certificado por escrito que usted tiene esa condición que pronto terminará en la muerte o inconsciencia permanente.

### SECCIÓN 3:

Esta declaración dice que si usted tiene una condición que le causará morir pronto, y también es incapaz de tomar sus propias decisiones debido a la inconsciencia o pérdida de habilidad de pensar y razonar, usted otorga a su médico permiso de rehusar (no comenzar) o retirar (parar) los tratamientos que solamente prolongan el proceso de morir. También es claro en esta declaración que cualquier tratamiento que le hace sentir más cómodo no se debe discontinuar o evitar.

### SECCIÓN 4:

Se pueden escribir instrucciones específicas en el área en blanco. Recomendamos que usted use las hojas de trabajo de situaciones médicas como guía para anotar sus preferencias.

### SECCIÓN 5:

Use esta sección si usted quiere tener notariado el documento, en vez de atestiguado.

### SECCIÓN 6:

Usted es el “Declarante.” Use esta sección si usted prefiere tener atestiguado el documento. Usted debe completar o la Sección 5 o 6 para que sea legal. Dos testigos deben firmar su documento, y deben saber quien es usted. Los dos testigos deben verle firmar y observar firmar al otro. Asegúrese que solamente uno de sus testigos es pariente de usted, y que ninguno de los dos es su médico o empleado de su médico, a menos que también sean su pariente.

### SECCIÓN 7:

Firme su nombre como lo hace para cualquier documento legal, entonces escriba cuidadosamente con máquina de escribir o con letra de molde su nombre y dirección en las líneas proporcionadas debajo de su firma.

□ **SECCIÓN 8:**

- a. *El Testamento en Vivo que usted acaba de firmar no puede efectuarse a menos que usted haya sido diagnosticado con una condición que terminará en su muerte, o que usted esté en un estado de coma irreversible y no sea capaz de tomar decisiones.*
- b. *Los medicamentos para el dolor y respirar por la boca no están incluidos en la definición de procedimientos que “sostienen la vida” (tratamientos que prolongan el proceso de morir), y por lo tanto todavía serán administrados a menos que usted haga otras indicaciones por escrito.*
- c. *Es **su responsabilidad** asegurarse que su médico y hospital tengan copia de su Testamento en Vivo.*
- d. *Usted puede cancelar este Testamento en Vivo en cualquier momento indicándole (de la manera en que pueda) a su médico que ya no es vigente, no importa su condición.*

**1. EL TESTAMENTO EN VIVO O DECLARACIÓN RESPECTO AL USO DE PROCEDIMIENTOS QUE SOSTIENEN LA VIDA**

- 2. **Si sufro de una condición incurable o irreversible que causará mi muerte** dentro de un periodo de tiempo relativamente corto, o estoy en un estado de inconsciencia permanente de la cual, en grado razonable de certeza médica no puede haber recuperación, es mi deseo que no se prolongue mi vida por la administración de procedimientos que sostienen la vida.
- 3. **Si mi condición es terminal** y soy incapaz de participar en las decisiones respecto a mi tratamiento médico, doy instrucciones al médico que me atiende, para rehusar o retirar los procedimientos que solamente prolongan el proceso de morir y que no son necesarios para mi comodidad o liberación del dolor.

4. **Otras instrucciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **ESTADO DE IOWA** \_\_\_\_\_, **CONDADO, SS** \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ ante mí, Notario Público en y para el Estado de Iowa, se presentó personalmente \_\_\_\_\_ ante mí, el suscrito, conocido de la persona nombrada, que ejecutó el instrumento precedente, y ha reconocido que (él) (ella) ejecutó el mismo, como un acto voluntario.

\_\_\_\_\_  
Notario Público en Iowa



## 8. Aviso, según la ley de Iowa:

- a. *Esta Declaración se efectuará solamente cuando se determine la condición del declarante como terminal y/o permanentemente inconsciente y el declarante no sea capaz de tomar decisiones respecto a su tratamiento.*
- b. *La provisión de alimentación y la administración de cualquier procedimiento médico determinado como necesario para proporcionar cuidado y comodidad para aliviar el dolor no se consideran procedimientos para sostener la vida, a menos que estén de otra forma anotados por escrito por el declarante.*
- c. *Es la responsabilidad del declarante proporcionar esta Declaración al médico que lo atiende.*
- d. *Esta Declaración se puede revocar de cualquier manera por el declarante, si es capaz de comunicar su intención, sin importar la condición mental o física. Una revocación solamente es efectiva para el médico que lo atiende al comunicarsela al mismo médico el declarante, o por otro médico, al cual se comunicó la revocación.*

## **PASO VI: INFORMACIÓN ADICIONAL**

Estas son algunas de las preguntas que su agente, para el cuidado de la salud, puede querer preguntar a los médicos y enfermeras que están cuidándole. Las situaciones en las cuales la Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud se usa, casi siempre son muy estresantes y difíciles. Tener una lista de preguntas puede dar a su agente la confianza y paz mental que él o ella necesitará para tomar buenas decisiones por usted.

1. *Que pasa si simplemente no hacemos nada?*
2. *Que haría usted, Doctor, si fuera su (esposa/esposo/hijo/padre/madre/amigo)?*
3. *Usted ha hablado de un plan de tratamiento complicado. ¿Tengo que decidir respecto a todo el plan a la vez o existen partes separadas de las cuales usted podría platicarme?*
4. *Por favor explíqueme todas las opciones y alternativas, una por una.*
5. *¿Cuáles son los beneficios de cada alternativa?*
6. *¿Cuáles son los problemas posibles de cada alternativa?*
7. *¿Que espera lograr al hacer estos tratamientos? ¿Intenta retrasar la muerte? O ¿Simplemente esta aliviando el dolor?*
8. *¿Hay esperanza alguna de regresar al paciente a un estado de salud?*
9. *¿Es una emergencia? ¿Por qué? ¿Tengo que decidir ahora mismo o tengo tiempo para contemplar las cosas?*
10. *¿Esto es lo que yo entiendo que usted dijo: Es correcto?*
11. *¿Es esta la manera más fácil, más digna, menos dolorosa de morir (para esta persona) bajo estas circunstancias?*

## TARJETA DE BILLETERA



### AVISO IMPORTANTE AL PERSONAL MÉDICO

He ejecutado una Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud. Mi agente es

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL AGENTE

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL AGENTE

\_\_\_\_\_  
NÚMERO TELEFÓNICO DEL AGENTE

Él/ella tiene una copia de mi Carta Poder del Abogado para el Cuidado de la Salud y tomará decisiones para el cuidado de mi salud, en mi nombre, si yo soy incapaz de hacerlo.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DOBLE AQUÍ

### AVISO IMPORTANTE AL PERSONAL MÉDICO

He ejecutado un Testamento en Vivo

Yo, \_\_\_\_\_  
NOMBRE

de \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

He ejecutado un Testamento en Vivo de acuerdo con la ley de Iowa. Si surge una situación en la cual tengo una enfermedad terminal o estoy permanentemente inconsciente y no hay expectativa razonable de recuperarme, deseo que me sea permitido morir una muerte natural sin medidas que sostengan mi vida. Sin embargo, sí deseo que me alivien el dolor con la cantidad de medicamento que sea necesario, aún cuando indirectamente haga más corta mi vida.

DOCUMENTOS DE LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS



EL  
OBSEQUIO DE  
LA PAZ  
MENTAL

*para usted mismo,  
para su familia*

TARJETA DE BILLETERA