

Directivas anticipadas

Comodidad, apoyo y cuidado



La ley de autodeterminación del paciente, es una ley federal que exige que los hospitales proporcionen información por escrito a los pacientes adultos sobre “el derecho de una persona, según la ley estatal, a tomar decisiones con respecto a la atención médica, incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a formular directivas anticipadas”.

Para ayudar a los pacientes a tomar estas decisiones, se establecen directivas anticipadas en la ley de Kansas, que son documentos escritos que incluyen un poder notarial duradero para las decisiones de atención médica; un testamento en vida; y una directiva de no resucitar, que generalmente se denomina DNR.

Poder notarial duradero para las decisiones de atención médica

Este documento le permitirá designar a alguien, o más de una persona, para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda tomar esas decisiones. Le otorga a un agente de atención médica, a menudo un pariente, cónyuge o amigo, la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica cuando usted no pueda hacerlo. Su agente debe tener 18 años o más. Para que este documento sea válido, debe estar fechado y firmado en presencia de al menos dos testigos mayores de 18 años o debe estar notariado. Ninguno de los testigos puede ser su agente o estar emparentado por consanguinidad, matrimonio o adopción; tener derecho a una parte de su patrimonio; o ser responsable directo económicamente de su atención médica. Según la ley de Kansas, se requieren dos testigos para estos documentos o pueden ser notariados. Según la ley de Missouri, se requiere la certificación notarial de su firma. LMH Health cuenta con notarios disponibles de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.

Testamento en vida

En un testamento en vida, se detalla a sus médicos, proveedores de atención médica y familiares sobre qué tipo de atención médica desea (o no desea) cuando necesite atención hacia el final de la vida y cuando no pueda tomar decisiones sobre la atención hacia el final de la Vida, para usted mismo si dos

médicos determinan que su estado es terminal. Sus opciones pueden incluir recibir, retener o retirar el tratamiento de soporte vital.

Directiva de no resucitar

Una directiva DNR es un documento firmado, fechado y atestado que le permite a un adulto declarar por adelantado su decisión de que si su corazón deja de latir o si tiene problemas para respirar, no se llevará a cabo ningún procedimiento médico para que el corazón o la respiración vuelvan a su ritmo normal.

¿Quién debe tener una copia de sus directivas anticipadas?

- Usted, su familia, su pareja
- La persona que tiene su poder notarial duradero para las decisiones de atención médica y el apoderado de esa persona
- Su(s) médico(s) de cabecera
- El/los hospital(es) donde se atiende
- Otros proveedores de atención médica

Política sobre la Ley de autodeterminación del paciente de LMH Health

Durante la admisión, a cada paciente adulto se le proporcionará material en el que se resume la ley de Kansas para que un paciente tome decisiones con respecto a la atención médica, incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a formular un testamento en vida o un poder notarial duradero para las decisiones de atención médica.

A todos los pacientes adultos hospitalizados se les preguntará si

han ejecutado directivas anticipadas durante el proceso de admisión. La declaración del paciente se registrará en el formulario de evaluación de admisión de enfermería.

A los fines de esta política, las directivas anticipadas se definen para incluir testamentos en vida (KSA 65-28, 103), poderes notariales duraderos para las decisiones de atención médica (KSA 58-632) y directivas de no resucitar (65-4942).

Ningún miembro del personal o empleado del hospital puede discriminar de ninguna manera a una persona por el hecho de que la persona haya ejecutado directivas anticipadas.

El hospital brindará capacitación al personal y a la comunidad sobre temas relacionados con las directivas anticipadas.

Guía de recursos LMH Health

325 Maine Street
Lawrence, KS 66044
785-505-6149

Centro de Bioética Práctica (Center for Practical Bioethics)

Harzfeld Building
1111 Main Street, Suite 500
Kansas City, MO 64105
800-344-3829
816-221-1100
Fax: 816-221-2002
bioethic@practicalbioethics.org
www.practicalbioethics.org

Servicios paliativos de apoyo

LMH Health
330 Arkansas St., Suite 210
Lawrence, KS 66044
785-505-5623
785-393-0787

Directivas anticipadas para la atención médica en LMH Health

Este paquete contiene formularios de directivas anticipadas para ayudarle a tomar decisiones sobre la atención médica. Aquí encontrará información sobre estos tres documentos.

Poder notarial duradero para las decisiones de atención médica

Este documento le permite designar a una persona que será responsable de tomar decisiones en materia de atención médica si usted queda incapacitado y no puede tomar decisiones informadas.

Testamento en vida

Este documento le permite expresar sus decisiones de atención hacia el final de la vida por escrito, y se recurre a este solo si queda incapacitado y tiene una enfermedad terminal.

Directiva de no resucitar

Es un documento firmado, fechado y atestiguado que le permite a un adulto declarar por adelantado su decisión de que si su corazón deja de latir o si tiene problemas para respirar, no se llevará a cabo ningún procedimiento médico para que el corazón o la respiración vuelvan a su ritmo normal. Este documento debe estar firmado por un médico.

Lineamientos

Lea los documentos con mucha atención. LMH Health ha elegido estos formularios de directivas anticipadas porque son concisos y relativamente universales. Sin embargo, como todos los documentos legales,

pueden ser confusos y se deben completar correctamente para que sean efectivos. Es una buena idea discutir la firma de estos documentos con su médico, familia u otras personas que necesiten saber acerca de sus decisiones.

- Puede hacer la cantidad de copias del documento que necesite. Asegúrese de hacer copias de ambos lados.
- Su firma debe ser atestiguada por dos personas que tengan por lo menos 18 años. Ninguno de los testigos puede ser su agente o estar emparentado por consanguinidad, matrimonio o adopción; tener derecho a una parte de su patrimonio; o ser responsable directo económicamente de su atención médica.
- LMH Health solicita que su personal de enfermería y médicos no sean testigos. Un miembro del personal de Coordinación de la atención le ayudará a buscar dos testigos.
- Según la ley de Kansas, no se requiere que el formulario sea notariado. En la ley de Missouri, sí figura ese requisito. LMH Health cuenta con personal que puede certificar ante notario su documento entre las 8:30 a. m. y las 4:30 p. m., de lunes a viernes. Se aconseja que certifique sus directivas anticipadas ante un notario si planea viajar. Es más probable que otros estados acepten su documento si tiene la firma de dos testigos y de un notario.
- Entregue copias a las personas que desee, incluidas las siguientes:
 - Su médico o sus médicos.
 - Administración de información de salud (historias clínicas) en LMH Health. Indique su fecha de nacimiento en el formulario para que podamos encontrar su historia clínica.
 - La persona que ha designado en el formulario.
 - Su familia.
 - Su abogado.
- Le recomendamos que analice la firma de este documento con personas de su confianza. Para obtener mayor información, comuníquese con Coordinación de la atención al 785-505-6149. Si está en el hospital y necesita obtener más información, o desea firmar el documento y necesita testigos y/o un notario, llame al 6149.

PODER NOTARIAL DURADERO PARA LAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA
DECLARACIÓN GENERAL DEL PODER OTORGADO

Yo, _____, designo y nombro a:

Nombre _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____ como mi agente para las decisiones de atención médica y, de conformidad con el idioma establecido a continuación, en mi nombre para:

- (1) Consentir, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental, y para tomar decisiones sobre la donación de órganos, la autopsia y la disposición del cuerpo.
- (2) Hacer todos los arreglos necesarios en cualquier hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento psiquiátrico, hospicio, hogar de ancianos o institución similar; y contratar o despedir personal de atención médica, incluidos los médicos, psiquiatras, psicólogos, odontólogos, enfermeros, terapeutas o cualquier otra persona que tenga licencia, esté certificada o de otra manera autorizada o permitida por las leyes de este estado para administrar la atención médica que el agente considere necesaria para mi bienestar físico, mental y emocional.
- (3) Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mis asuntos personales o mi salud física o mental, lo que incluye la historia clínica y los registros hospitalarios, y ejecutar cualquier divulgación de otros documentos que puedan ser necesarios para obtener dicha información.

En el ejercicio de la concesión del poder establecido anteriormente, mi agente para las decisiones de atención médica deberá hacer lo siguiente:

(Aquí se pueden insertar instrucciones especiales o una declaración de los deseos del mandante que debe seguir el mandatario en el ejercicio del poder otorgado).

LIMITACIONES DE LA AUTORIDAD

(1) Las facultades del agente en este documento se limitarán a lo establecido por escrito en este poder notarial duradero para las decisiones de atención médica, y no incluirán la facultad de revocar o invalidar cualquier declaración previamente existente realizada de conformidad con la ley de muerte natural.

(2) El agente tendrá prohibido autorizar el consentimiento para los siguientes elementos:

(3) Este poder notarial duradero para las decisiones de atención médica estará sujeto a las siguientes limitaciones adicionales:

TIEMPO DE VIGENCIA

Este poder notarial para decisiones de atención médica entrará en vigencia (inmediatamente y no se verá afectado por mi discapacidad o incapacidad posterior o al ocurrir mi discapacidad o incapacidad).

REVOCACIÓN

Cualquier poder notarial duradero para las decisiones de atención médica que haya elaborado anteriormente queda revocado por el presente documento.

(Este poder notarial duradero para las decisiones de atención médica será revocado mediante un instrumento por escrito ejecutado, atestiguado o certificado de la misma manera que se requiere en el presente documento o se establecerá otra forma de revocación, si se desea).

EJECUCIÓN

Se ejecuta este _____, en _____, Kansas.
Mandante.

Este documento debe ser: (1) Atestiguado por dos personas mayores de edad que no sean el agente, no estén relacionados con el mandante por sangre, matrimonio o adopción, no tengan derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante y no sean responsables económicamente de la atención médica del mandante. O BIEN, (2) certificado por un notario público.

Testigo

Testigo

Dirección

Dirección

(O BIEN)

ESTADO DE _____

SS.

CONDADO DE _____)

Este instrumento fue certificado ante mí el _____ (fecha)

por _____ (nombre de la persona)

_____ (Firma del notario público)

Mi cargo expira el: _____ (Sello, si lo hay)

Estatuto de Ks 58-632

Etiqueta del paciente

TESTAMENTO EN VIDA

- a) Cualquier persona adulta puede ejecutar una declaración en la que se ordene la retención o el retiro de los procedimientos de soporte vital en un estado terminal. La declaración hecha de conformidad con esta ley debe ser: (1) Por escrito. (2) Firmada por la persona que hace la declaración, o por otra persona en presencia del declarante y por instrucciones expresas del declarante. (3) Fechada; y (4)(A) firmada en presencia de dos o más testigos de por lo menos 18 años de edad, ninguno de ellos será la persona que firmó la declaración en nombre y según las instrucciones de la persona que hace la declaración, no debe estar emparentado por consanguinidad o matrimonio, no debe derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada de este estado o en virtud de cualquier testamento del declarante o codicilo de este, o ser responsable directo económicamente de la atención médica del declarante; o bien, (B) certificada ante un notario público. La declaración de una paciente calificada diagnosticada como embarazada por el médico tratante, no tendrá efecto durante el curso del embarazo de la paciente calificada.
- (b) Será responsabilidad del declarante informar al médico tratante del declarante de la existencia de la declaración. El médico tratante al que se le informe, hará que la declaración, o una copia de la declaración, forme parte de la historia clínica del declarante.
- (c) La declaración se hará sustancialmente de la siguiente forma, pero además podrá incluir otras instrucciones específicas. Si alguna de las otras instrucciones específicas se considera nula, dicha nulidad no afectará a otras instrucciones de la declaración a las que se puede dar efecto sin la instrucción nula, y para este fin, las instrucciones en la declaración son divisibles.

DECLARACIÓN

Declaración hecha este día ___ de(mes, año).

Yo _____, estando en mi sano juicio, deliberada y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no se prolongue artificialmente en las circunstancias que se establecen a continuación, por la presente declaro:

Si en algún momento tuviera una lesión, enfermedad o padecimiento incurable certificado como terminal por dos médicos que me hayan examinado personalmente, uno de ellos será mi médico tratante, y estos han determinado que mi muerte ocurrirá ya sea que se utilicen o no procedimientos de soporte vital y cuando la aplicación de los procedimientos de soporte vital servirían solo para prolongar artificialmente el proceso de muerte, ordeno que se detengan o retiren dichos procedimientos, y que se me permita morir de forma natural con solo la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme un cuidado de alivio.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de tales procedimientos de soporte vital, es mi intención que mi familia y mi(s) médico(s) respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal a rechazar un tratamiento médico o quirúrgico y aceptar las consecuencias de tal negativa.

Comprendo todo el significado de esta declaración y soy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Firmado _____

Ciudad, condado y estado de residencia _____

Conozco personalmente al declarante y creo que está en su sano juicio. No suscribí la firma del declarante por o de acuerdo con las indicaciones de este. No estoy relacionado con el declarante por consanguinidad o afinidad, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada o en virtud de ningún testamento del declarante o codicilo, ni soy responsable directo económicamente de la atención médica del declarante.

Testigo

Testigo

(O BIEN)

ESTADO DE _____

SS.

CONDADO DE _____)

Este instrumento fue certificado ante mí el _____ (fecha)

por _____ (nombre de la persona)

_____ (Firma del notario público)

(Sello, si lo hay)

Mi cargo expira el: _____

Estatuto de Ks 65-28, 103

Etiqueta del paciente

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DNR PREHOSPITALARIO

Una solicitud anticipada para Limitar el alcance de la atención médica de emergencia

Yo, _____ (nombre) pido que la asistencia de urgencia se limite a como describo a continuación.

Comprendo que la DNR significa que si mi corazón deja de latir o si dejo de respirar, no se implementará ningún procedimiento médico para restablecer la respiración o el funcionamiento del corazón.

Comprendo que esta decisión no me impedirá obtener otro tipo de atención médica de emergencia por parte de proveedores de atención prehospitalaria o atención médica dirigida por un médico antes de mi muerte.

Comprendo que puedo revocar esta directiva en cualquier momento.

Doy mi permiso para que esta información se entregue a los proveedores de atención prehospitalaria, médicos, personal de enfermería u otro personal de atención médica según sea necesario para implementar esta directiva.

Por la presente, estoy de acuerdo con la directiva de “No Resucitar” (DNR).

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

AFIRMO QUE ESTA DIRECTIVA ES EL DESEO EXPRESADO DEL PACIENTE, ES MÉDICAMENTE APROPIADA Y ESTÁ DOCUMENTADA EN EL REGISTRO MÉDICO PERMANENTE DEL PACIENTE.

En caso de paro cardíaco o respiratorio agudo, no se iniciará reanimación cardiopulmonar.

Firma del médico tratante*

Fecha

Dirección

Nombre del centro o la agencia

* No se requiere la firma del médico si el paciente mencionado es miembro de una iglesia o religión que, en lugar de atención y tratamiento médico, brinda tratamiento por medios espirituales a través de la oración únicamente y la atención consistente con los principios y las prácticas de tal iglesia o religión.

DISPOSICIÓN DE REVOCACIÓN

Por la presente, revoco la declaración anterior.

Firma

Fecha

Estatuto de Ks 65-4942

Página intencionalmente en blanco

Parte posterior del formulario DNR

Etiqueta del paciente

Notas

©2021 The Lawrence Memorial Hospital DBA LMH Health. Todos los derechos reservados.
LMH Health brinda atención que es sensible a las diferencias culturales, raciales, religiosas y de otro tipo, y no discrimina por motivos de raza, religión, edad, etnia, cultura, idioma, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, origen nacional, discapacidad física o mental, o fuente de pago, ni en relación con las prácticas laborales.

2022

