

HOSPICE OF THE WESTERN RESERVE



Hospicio de la Reserva Occidental
Anticipo del Cuido de Salud
Para Decisiones Médicas

Cualquier pregunta, día o noche, llámenos al **216.383.2222**



Hospicio de la Reserva Occidental

Anticipo del Cuido de Salud Para Decisiones Médicas

El anticipo del cuidado de salud para decisiones médicas no se realiza de la noche a la mañana; se necesita pensar, preparación emocional y tiempo para coordinar las diferentes opciones. Un primer e importante paso es compartir sus opciones, las conversaciones que tengas con su familia y amigos es el mayor regalo que puedes dar a tu seres querido. Estas proveerán la confianza necesaria para actuar en su nombre, con la tranquilidad de saber que sus deseos serán honrados.

Directivas de anticipo; son dos importantes documentos legales que le permiten controlar su salud y comunicar sus deseos, aun si sus habilidades fuesen alteradas o limitadas por causa de accidente o enfermedad. El primer documento es un Testamento en Vida y el segundo es un Poder Médico. Cada Estado tiene su propia versión de estos documentos, así que es importante utilizar el documento creado por el estado en que resides. Usted puede completar uno o ambos de estos documentos, dependiendo de antemano sus necesidades de planificación. Una tercera formula es la Inscripción de donación de órganos, que le permite registrar sus opciones de donación de órganos.

Un Testamento en Vida; le permite indicar sus deseos sobre la atención médica y tratamiento en caso de que usted pasara a un estado de permanente inconsciencia o estado terminar y no es capaz de tomar sus propias decisiones de atención de salud. Por ejemplo, estos deseos pueden incluir su preferencia para la alimentación por sonda o líquidos por vía intravenosa.

Un Poder Medico, también conocido como un Poder Permanente de Representación Médica Para El Cuido de Salud, requiere que se designe a alguien, un representante o agente para tomar decisiones sobre su atención médica si usted no puede hablar por sí mismo. Este documento es particularmente útil porque su representante puede ayudar con sus decisiones de atención médica cuando usted está incapacitado y no solamente al final de vida.

El Testamento en Vida y el Poder Médico, son activos sólo después de cuando el médico declare que usted es incapaz de tomar sus propias decisiones médicas. Sólo un médico puede decidir cuándo ha perdido la capacidad para tomar decisiones médicas y cuando es hora de permitir que su representante hable por usted. Usted puede revisar o anular los documentos; o nombrar a un representante diferente en cualquier momento.

Cuando se selecciona un Poder Médico, es importante elegir un amigo o familiar de confianza, que conoce bien y que entiende claramente sus deseos de cuidado de salud. Asegúrese de que usted y su representante han tenido conversaciones abiertas sobre sus deseos y que él o ella se compromete a honrar sus opciones. Es importante hacer copias de los documentos firmados, notariados y proporcionarle a su médico, representante, abogado, otras personas de confianza, y así como también mantener una copia para usted.

El Hospicio de la Reserva Occidental proporciona esta información como un servicio a sus pacientes, familiares y a la comunidad. Si su situación es inusual o compleja, le recomendamos que busque asesoría legal.

Para obtener más información sobre Directivas de Anticipo en Español o en Inglés diríjase a: caringinfo.org.

Estado de Ohio Poder Notarial para Atención Médica De

(Nombre Completo en Letra Imprenta)

(Fecha de Nacimiento)

Declaro que este es mi Poder Notarial para Atención Médica y anulo cualquier otro Poder Notarial previamente firmado por mí. Entiendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si alguna de las disposiciones resulta inválida o no ejecutable, esto no afectará el resto del documento.

Este Poder Notarial para Atención Médica solamente entrará en vigor cuando yo no pueda tomar decisiones de atención médica por mi propia cuenta. Sin embargo, lo anterior no requiere, ni implica, que una corte me deba declarar incapacitado.

Definiciones. En este documento se utilizan varios términos legales y médicos. Para mayor claridad, se explican a continuación.

Representante o apoderado, se refiere a la persona adulta que asigno en este Poder Notarial para Atención Médica, para que tome decisiones de atención médica en mi nombre.

Donación anatómica, se refiere a la donación de todo o parte de un cuerpo humano durante o después de la muerte.

Alimentación o hidratación siministrada artificial o tecnológicamente, se refiere al suministro de alimentos y líquidos a través de conductos intravenosos.

Resucitación cardiopulmonar o RCP, se refiere al tratamiento para intentar restablecer la respiración o los latidos del corazón. La RCP se puede lograr respirando boca a boca, aplicando presión al pecho, introduciendo un tubo por la boca o la nariz hacia la garganta, administrando medicamentos, dándole un choque eléctrico al pecho, o por otros medios.



Atención con el objeto de procurar bienestar se refiere a todas las medidas que se toman para disminuir dolor o incomodidad, pero no para postergar la muerte.

Formato para registro de donantes se refiere a un formato que ha sido específicamente diseñado para que las personas puedan expresar sus deseos de donar órganos, tejidos y ojos ante el Registro de Donantes de la Oficina de Vehículos Automotores de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles Donor Registry).

Orden de No Resucitar (ONR) se refiere a una orden dada por mi médico y anotada en mi historia clínica en la que se especifica que no se me deben administrar métodos de resucitación cardiopulmonar o RCP.

Atención médica se refiere a cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica (incluyendo dental, clínica, psicológica y quirúrgica) u otra medida utilizada para sostener, diagnosticar o tratar cualquier condición física o mental.

Poder Notarial para Atención Médica se refiere a este documento, que me permite nombrar a una persona adulta como mi representante para tomar decisiones sobre mi atención médica, si llegare el momento en que yo no lo pueda hacer.

Tratamiento para mantenerme vivo se refiere a cualquier atención médica, incluyendo nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas, y que servirán principalmente para postergar el momento de la muerte.

Disposición Testamentaria en Vida o Testamento en Vida se refiere a otro documento que me permite especificar la atención médica que deseo recibir si me acontece una enfermedad terminal, o si pierdo el conocimiento en forma permanente y no puedo expresar mis deseos.

Estado de inconsciencia permanente se refiere a una condición irreversible en la cual no me encuentro consciente de mí mismo ni de mis alrededores, en forma permanente. Me deben examinar mi médico y otro facultativo y estar de acuerdo en que la pérdida total de mis funciones cerebrales superiores me ha dejado incapaz de sentir dolor o sufrimiento.

Poderdante se refiere a la persona que firma este documento.

Condición terminal o enfermedad terminal se refiere a una condición irreversible, incurable e intratable causada por enfermedad, dolencia o lesión. Mi médico y otro facultativo me habrán examinado y consideran que no existe recuperación posible y que es posible que muera en un tiempo relativamente corto si no recibo un tratamiento que me mantenga vivo.

(Las instrucciones y demás información para ayudarle a completar este documento se establecen entre paréntesis y en letra bastardilla)

Nombramiento de mi Representante. La persona que se nombra a continuación es mi representante, quien tomará las decisiones de atención médica en mi nombre, tal como se autoriza en este documento.

Nombre del Representante: _____

Dirección actual del Representante: _____

Número de Teléfono actual del Representante: _____

Nombramiento de Representantes Alternos. [Nota: No es necesario que usted nombre representantes alternos. Si así lo desea, puede nombrar un solo representante alterno. Si usted no nombra representantes alternos o solamente nombra uno, puede tachar las líneas sobrantes.]

En caso de que mi representante arriba nombrado no esté disponible en forma inmediata, o no esté dispuesto o se sienta impedido de tomar decisiones en mi nombre, entonces nombro, en el siguiente orden de prioridad a las siguientes personas como mis representantes alternos:

Primer Representante Alterno:

Segundo Representante Alterno:

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono _____

Teléfono: _____

Se puede confiar en las declaraciones hechas por cualquiera de los representantes arriba mencionados, bajo la suposición que están legalmente autorizados por este documento, y no son necesarias investigaciones posteriores.

Instrucciones para el Representante. Mi representante tomará decisiones de atención médica en mi nombre, basadas en las instrucciones esbozadas por mí en este documento y en lo que él ya conoce sobre mis preferencias. Si aparece una discrepancia entre lo que el representante conoce de mí y lo que yo expreso en este documento, se hará prevalecer lo que yo expreso en este documento. Si mis deseos no están claramente expresados, o no se conocen, entonces mi representante tomará las decisiones de atención médica basándose en lo que él considere que es más conveniente para mí. Mi representante determinará lo que es conveniente para mí sopesando los beneficios, las cargas y los riesgos de cualquier decisión que vaya a tomar. Si el representante no está disponible, este documento será la guía de las decisiones que se tomen respecto a mi atención médica.

Competencia del Representante. Mi representante está totalmente autorizado a tomar todas las decisiones relacionadas con mi atención médica cuando yo no pueda tomar esas decisiones, a menos que yo especifique lo contrario, más abajo. Esta autorización incluye los siguientes puntos, pero no está limitada exclusivamente a ellos: *[Nota: tache los puntos que usted no quiere autorizar a su representante]*. Por tanto, mi representante puede:

1. Autorizar que me sean administradas medicinas para calmar dolores, o puede autorizar que se me hagan tratamientos y procedimientos (inclusive cirugía), si él considera que, de acuerdo a los consejos médicos, eso contribuirá a mi bienestar, aún en el caso de que esas medicinas, tratamientos o procedimientos puedan acelerar mi muerte. Mi representante y mi médico deben proteger mi bienestar y la ausencia de dolor, que son factores muy importantes para mí.
2. Autorizar, desautorizar o negar (teniendo suficiente información) que se me dé tratamiento para mantenerme vivo, si mi enfermedad es terminal. Lo anterior incluye hidratación o nutrición suministradas en forma artificial o tecnológica.
3. Autorizar, desautorizar o negar (teniendo suficiente información) cualquier procedimiento de atención médica, tratamiento, intervención u otra medida.
4. Solicitar, revisar y recibir cualquier información verbal o escrita referente a mi salud física o mental, inclusive, pero no limitado a, todos mis archivos médicos y de salud.
5. Autorizar la divulgación de información adicional, así como la divulgación de la información médica a otras personas sobre mi situación y mi tratamiento.
6. Ordenar a mi nombre la entrega de documentos que se puedan necesitar para obtener información médica o relacionada con el caso.
7. Ordenar autorizaciones, renunciaciones y liberaciones de responsabilidad a mi nombre y propiedad para todas las personas que cumplan con las instrucciones y decisiones de mi representante. Indemnizar y declarar sin perjuicio, por mi cuenta, a cualquier tercero que actúe cobijado por este Poder Notarial para Atención Médica. Estaré obligado a esta indemnización que contrajo mi representante.
8. Seleccionar, contratar y despedir personal de atención médica y servicios que está suministrando atención doméstica y similares.
9. Seleccionar, contratar mi admisión, transferirme a, autorizar que me den de alta de cualquier institución médica o de salud. Lo anterior incluye, pero no está limitado a, hospitales, ancianatos, centros de vida ayudada, asilos para pacientes con enfermedades terminales, hogares para adultos y similares.
10. Transportarme u organizar que me transporten a un sitio donde este Poder Notarial para Atención Médica sea aceptado, en el caso de estar obligado a tomar decisiones de atención médica en algún sitio donde este documento no sea aceptado.

11. Llenar y firmar, a mi nombre, los siguientes documentos:

- (a) Autorizaciones para tratamientos de atención médica, o la entrega de Ordenes de No Resucitar (ONR) u otras similares; y
- (b) Solicitudes para que me transfieran a otro centro, para ser dado de alta en contravención de las órdenes de la atención médica u otras solicitudes similares; y
- (c) Cualquier otro documento que sirva para implementar decisiones de atención médica autorizadas a mi representante, de acuerdo con este documento.

Instrucciones Especiales. Al firmar con mis iniciales en el numeral 3 más abajo, deseo específicamente autorizar a mi representante para que pueda rehusar o, si el tratamiento ya comenzó, a desautorizar que se me administre hidratación o alimentación artificial o tecnológicamente administradas, si:

1. Estoy en un estado de inconsciencia permanente; y
2. Mi médico y, por lo menos otro médico que me ha examinado, han determinado, hasta un grado de certidumbre médica razonable que la hidratación y alimentación suministradas artificial o tecnológicamente no me darán bienestar o eliminarán mi dolor; y
3. He firmado, con mis iniciales, sobre esta línea _____

Limitaciones de la Potestad del Representante. Entiendo que las leyes de Ohio contemplan cinco limitaciones a la potestad de mi representante:

1. Mi representante no puede desautorizar el tratamiento que me mantiene vivo, a menos que yo esté en condición terminal o en estado de inconsciencia permanente y que, además, dos médicos hayan confirmado el diagnóstico y hayan llegado a la conclusión que yo no tengo ninguna posibilidad razonable de recuperar la habilidad de tomar decisiones; y
2. Mi representante no puede ordenar la suspensión de ningún tratamiento que me está proporcionando bienestar o está eliminando mi dolor; y
3. Si estoy embarazada, mi representante no puede rehusar o suspender la autorización, teniendo suficiente información, para atención médica, si la negación o suspensión interrumpen mi embarazo, a menos que el embarazo o la atención médica puedan poner mi vida en peligro o dos médicos determinen que el feto no nacería vivo; y

Sin Fecha de Expiración. Este Poder Notarial de Atención Médica no tendrá fecha de expiración y no será afectado por mi incapacidad ni por el paso del tiempo.

Tutor. Es mi intención que la potestad dada a mi representante eliminará la necesidad de que la corte nombre un tutor de mi persona. Sin embargo, si este proceso llegare a darse, nombro a mi representante como tutor de mi persona, sin fianza.

Potestad Ejecutoria de mi Representante. Mi representante puede emprender a mi nombre, y a mi cuenta, con este documento, cualquier acción que considere aconsejable para hacer cumplir mis deseos.

Liberación de la Obligación Personal del Representante. Mi representante no incurrirá en ninguna obligación personal conmigo o con mi propiedad por tomar decisiones razonables de buena fé respecto a mi atención médica.

Las Copias Tienen la Misma Validez que el Original. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento.

Validez en Otro Estado. Es mi intención que este documento sea aceptado en cualquier jurisdicción hasta donde lo permita la ley.

Testamento En Vida. (Disposición testamentaria que comienza a tener vigencia durante la vida del testador). He llenado el Testamento en Vida: _____ SI _____ NO

Donaciones Anatómicas. He expresado mis deseos en cuanto a donación de órganos y tejidos en mi Testamento en Vida: _____ SI _____ NO

Formato para Registro de Donantes. He llenado el Formato para Registro de Donantes: _____ SI _____ NO

FIRMA

[Refiérase a la siguiente página para requisitos de testigo y notario]

Entiendo el propósito y el efecto de este documento y firmo este Poder Notarial para Atención Médica, el día ____ de _____ del año 20 ____ en _____, Ohio.

PODERDANTE

[Usted queda responsabilizado de contarle a sus parientes sobre la existencia de este documento y el nombre de su representante. Usted también puede, pero no está obligado a contarle a su consejero religioso y a su abogado que usted firmó un poder notarial de Atención Médica. Podría darle una copia de este documento a cada una de las personas notificadas.]

[También puede enviarle una copia al Registrador de su condado, para ser archivado, para mayor seguridad.]

CERTIFICACION POR TESTIGOS O NOTARIO

[Escoja uno]

[Este Poder Notarial para Atención Médica no será válido a menos que esté firmado por dos testigos idóneos que están presentes cuando usted firma o están presentes cuando usted certifica su firma, o si el documento se certifica ante Notario Público.]

[Las siguientes personas **no** pueden servir de testigos para este Poder Notarial de Atención Médica: el representante, cualquier representante alterno nombrado en este documento, su cónyuge, sus hijos, cualquier otra persona unida a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, el médico que lo está atendiendo; o, si usted se encuentra en un ancianato, el director del ancianato.]

Testigos. Doy fé de que el Poderdante firmó o certificó este Poder Notarial de Atención Médica en mi presencia, que el Poderdante comparece en sano juicio y no bajo - o sujeto a - coacción, fraude o influencia indebida. Doy fé, también, que yo no soy un representante nombrado en este documento, no soy ni el médico a cargo del Poderdante, ni soy el administrador de un ancianato en donde se atiende al Poderdante, ni tampoco soy una persona adulta unida al Poderdante por lazos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma Dirección _____

Nombre en letra imprenta _____

Fecha del año 20 _____

Firma Dirección _____

Nombre en letra imprenta _____

Fecha del año 20 _____

O...

Certificación Notarial
Estado de Ohio
Condado de _____

El día _____ del mes de _____ del año 20____, ante mí, Notario Público abajo firmante, se presentó en persona _____, a quien conozco, o que, a cabalidad, ha probado ser la persona cuyo nombre corresponde al Poderdante de este Poder Notarial de Atención Médica, y quien ha certificado ser el autor del mismo para los propósitos allí incluidos. Doy fé de que el Poderdante comparece en sano juicio, y no bajo o sujeto a coacción, fraude o influencia indebida.

Notario Público
Mi nombramiento expira: _____

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato]

NOTIFICACION PARA LA PERSONA ADULTA QUE FORMALIZA ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante. Antes de ejecutarlo, usted debe conocer lo siguiente:

Este documento otorga a la persona que usted designe (al apoderado de hecho) la potestad de tomar, por usted, LA MAYORIA de las decisiones de atención médica si usted pierde la capacidad de tomar por sí mismo decisiones de atención médica con suficiente información. Esta potestad es efectiva solamente cuando el médico, a cuyo cargo usted se encuentra, determina que usted ha perdido la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Y , a pesar de la existencia de este documento, usted conserva el derecho de tomar todas las decisiones médicas y de salud para sí mismo, siempre que tenga la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo y con suficiente información.

Usted puede incluir en este documento las limitaciones que usted desea que tenga el apoderado para tomar decisiones de atención médica por usted..

Sujeto a las limitaciones específicas que usted incluye en este documento, si el médico, a cuyo cargo usted está, determina que usted ha perdido su capacidad de tomar decisiones con suficiente información sobre su atención médica, entonces el apoderado, de manera GENERAL, quedará autorizado, por este documento, a tomar decisiones de atención médica por usted en la forma en que usted las tomaría si estuviera en capacidad de hacerlo. La autoridad del apoderado para tomar decisiones de atención médica por usted, incluirá, GENERALMENTE, teniendo la suficiente información, la autoridad de autorizar, negar o retirar la aprobación para efectuar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar, o tratar una condición física o mental.

SIN EMBARGO, aún si este documento permite al apoderado tener autoridad general para tomar decisiones de atención médica por usted, de hecho, el apoderado NUNCA estará autorizado a hacer lo siguiente:

1. Rechazar o retirar, teniendo suficiente información, la autorización para que yo pueda tener un tratamiento que me mantenga vivo (a menos que quien lo está atendiendo y otro médico que lo ha examinado, determinen que, bajo razonables parámetros médicos y también hasta cierta medida de certidumbre médica razonable, que uno cualquiera de los siguientes puntos es aplicable:
 - a) Usted padece una condición médica irreversible, incurable e intratable, causada por una dolencia, enfermedad o lesión de la cual (i) no puede haber recuperación y (ii) su muerte puede ocurrir en tiempo relativamente corto si no se le administra un tratamiento que lo mantenga vivo y que, además el médico que lo está atendiendo (basado en parámetros médicos razonables y bajo cierto nivel de certidumbre médica razonable) determina que no existe una posibilidad razonable que usted pueda recuperar la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica, con la suficiente información.

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato]

- b) Usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente que se caracteriza porque se encuentra irreversiblemente ajeno a sí mismo y a su entorno y por una total pérdida del funcionamiento de la corteza cerebral, con el resultado de que no puede sentir dolor o sufrimiento. Además el médico que lo está atendiendo determina (basado en parámetros médicos razonables y bajo cierto nivel de certidumbre médica razonable) que no existe una posibilidad razonable que pueda recuperar la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica, teniendo suficiente información.

2. Negarse a aceptar o a retirar, teniendo suficiente información, la atención médica necesaria para suministrarle bienestar (excepto que, si no existe una prohibición de hacerlo en el párrafo 4. más abajo; en ese caso, el apoderado de hecho se puede negar o puede retirar, teniendo suficiente información, la autorización para suministrarle nutrición o hidratación tal como se describe en el mismo párrafo 4). **(Usted debe entender que suministrar bienestar se define, según la ley de Ohio, como proveer los alimentos (nutrición) y los líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente para disminuir su dolor o incomodidad, no para postergar su muerte, y cualquier otro procedimiento, tratamiento o intervención médica u hospitalaria, u otra medida que se tomaría para disminuir su dolor o incomodidad, no para postergar su muerte. En consecuencia, si el médico que lo está atendiendo determinara que un procedimiento hospitalario, tratamiento o intervención previamente descritos, u otra medida no suministrará o ya no sirve para suministrar bienestar o aliviar su dolor, entonces, de acuerdo con el párrafo 4, su apoderado de hecho estará autorizado a negar o a retirar la aprobación, teniendo suficiente información, para ese tratamiento, procedimiento, intervención u otra medida.);**

3. Negar o retirar la aprobación, teniendo suficiente información a darle atención médica si usted está embarazada y si al negar o retirar la aprobación terminaría el embarazo (a menos que el embarazo o la atención médica pongan su vida en peligro, o a menos que el médico que la está atendiendo y al menos otro médico que la ha examinado (basados en parámetros médicos razonables y bajo cierto nivel de certidumbre médica razonable) determinen que el feto no nacería vivo);

4. Negarle o retirarle, teniendo suficiente información, el suministro de alimentos (nutrición) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente, a menos que:

- (a) Usted esté en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente.**

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato.]

- (b) El médico que lo está atendiendo y por lo menos otro médico que lo ha examinado, con base en parámetros médicos razonables y bajo cierto nivel de certidumbre médica razonable, determinen que la nutrición y la hidratación ya ni le van a suministrar bienestar ni a eliminar el dolor.**
- (c) Si, y solamente si, usted está en estado de inconsciencia permanente, usted autoriza al apoderado negar o retirar la aprobación, teniendo información suficiente, a que le suministren nutrición o hidratación, haciendo las dos cosas siguientes en este mismo documento:**
 - (i) Hacer una declaración en letras de imprenta u otro tipo de letra llamativo, ya sea más grande o en negrilla, diciendo que el apoderado puede negar o retirar, teniendo suficiente información, la aprobación de suministrarle nutrición o hidratación si usted se encuentra en estado de inconsciencia permanente y se ha determinado que la nutrición y la hidratación ya no le suministrarán bienestar ni eliminarán su dolor; o también puede trazar un círculo, o un recuadro o una línea (si existe), en este mismo documento, que contenga una declaración similar ;**
 - (ii) Firmando con sus iniciales, o con la firma completa, debajo o al lado de una declaración, verificación o marca previamente descritos.**
- (d) El médico que lo está atendiendo haya determinado, de buena fé, que usted autorizó al apoderado a rechazar o retirar, teniendo suficiente información, la aprobación para el suministro a usted de nutrición e hidratación si usted se encuentra en estado de inconsciencia permanente de acuerdo con los requerimientos (4), (c), (i) y (ii) arriba mencionados.**

5.Retirar la aprobación, teniendo suficiente información, a cualquier atención médica que usted haya aprobado previamente, a menos que un cambio en su condición física haya disminuído significativamente el beneficio que esa atención médica le reportaba, o, a menos que, la atención médica no, o ya no, es significativamente efectiva para lograr los propósitos para los cuales usted la autorizó.

Adicionalmente, cuando el apoderado de hecho ejercite su autoridad para tomar decisiones de atención médica en su nombre, el apoderado tendrá que actuar de acuerdo con sus deseos o, si no se conocen sus deseos, de acuerdo con lo que es mejor para usted. Usted puede hacerle conocer sus deseos al apoderado a través de este documento o de alguna otra manera.

Cuando está actuando de acuerdo con este documento, el apoderado tendrá POR LO GENERAL los mismos derechos de recibir información sobre recomendaciones de atención médica que tiene usted, de revisar los archivos que tienen anotada su atención médica y para aprobar la divulgación de estos mismos archivos. Si usted desea puede, en este documento, ponerle límites a ese derecho.

[Es requisito del Código Revisado de Ohio § 1337.17 incluir esta notificación dentro de este formato.]

En general, usted puede nombrar a cualquier adulto competente para ser su apoderado en este documento. Sin embargo, usted NO PUEDE nombrar al médico que lo está atendiendo, o al administrador de un ancianato en el cual usted está recibiendo atención, como apoderado en este documento. Adicionalmente, usted NO PUEDE nombrar a un empleado o agente del médico que lo está atendiendo, o un empleado de la institución de salud en la que usted está siendo tratado, como apoderados en este documento, a menos que el tipo de empleado o agente antes mencionados sea un adulto competente que está conectado con usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, o a menos que el tipo de empleado o agente antes mencionados sea un adulto competente y ustedes son miembros de la misma orden religiosa.

Este documento no tiene fecha de expiración, de acuerdo a la ley de Ohio, pero usted puede especificar una fecha en la que este poder notarial expire. Sin embargo, si usted especifica una fecha de expiración, pero en esa fecha usted no tiene la capacidad de tomar decisiones de atención médica para sí mismo, el documento y la potestad que este le confiere a su apoderado sigue siendo efectivo hasta que usted recupere la capacidad para tomar decisiones para sí mismo

Usted tiene el derecho de anular el nombramiento del apoderado y el derecho de anular todo este documento en cualquier momento y de cualquier manera. Esta anulación comenzará a tener efecto, generalmente, cuando usted exprese la intención de anularlo. Sin embargo, si usted hizo conocer este documento al médico que lo está atendiendo, esta anulación solo comenzará a tener efecto cuando usted la comunique al médico que lo está atendiendo, o cuando un testigo de la anulación u otro empleado del instituto hospitalario, a quien esta anulación ha sido comunicada, se la comunica, a su vez, al médico que lo está atendiendo.

Si usted certifica este documento y crea, con él, un poder notarial de atención médica duradero y válido, anulará con este documento todo poder notarial de atención médica duradero y válido que usted haya creado previamente, a menos que usted estipule lo contrario en este documento.

Este documento no será válido como un poder notarial duradero para atención médica, a menos que sea certificado ante un notario público o esté firmado por un mínimo de dos testigos adultos que estén presentes cuando usted firme o certifique su firma. No pueden ser testigos las personas que están unidas a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción. Tampoco pueden ser testigos ni el apoderado, ni el médico que lo está atendiendo ni el administrador de un ancianato en el cual usted está recibiendo atención.

Si hay algo en este documento que usted no entiende, debe pedirle al abogado que se lo explique.

© Diciembre 2004. Está permitida su reproducción para uso del público en general, abogados, médicos y osteópatas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas, y asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro. No está permitida su reproducción para usos comerciales y para venta con utilidad.

Estado de Ohio Testamento en Vida

(Disposición testamentaria que entra en vigencia durante la vida del testador)

Notificación para el Declarante

El propósito de esta Disposición Testamentaria en Vida es documentar su deseo de que no se le suministre o que se le retire todo tratamiento para mantenerlo vivo, inclusive la nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas, si llegare el caso que usted no puede tomar decisiones médicas con suficiente información, y usted está en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente. Esta Testamento en Vida no exonera al personal de atención médica de su responsabilidad de proporcionarle bienestar. La atención médica para bienestar se refiere a las medidas que se toman para disminuir el dolor o la incomodidad, pero no para postergar la muerte.

Legalmente, usted puede escoger los tratamientos que usted quiere que se utilicen para mantenerlo vivo, incluyendo el RCP. En ese caso, sería conveniente que usted hiciera otro documento por escrito.

De acuerdo con la ley de Ohio, un Testamento en Vida se aplica solamente a las personas que se encuentran en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente. Si usted quiere referirse además a su voluntad para el tratamiento médico bajo otras circunstancias, debe preparar un Poder Notarial para Atención Médica. Si usted se encuentra en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente, este Testamento en Vida tendrá prelación sobre el Poder Notarial de Atención Médica.

Si su situación médica llegare a cambiar o si usted decide posteriormente llenar un Poder Notarial de Atención Médica, sería conveniente que llenara otro Testamento en Vida. Si usted posee ambos documentos es conveniente que los guarde juntos, con los demás papeles importantes, y cerciorarse de llevar consigo copia de su Testamento en Vida y de su Poder Notarial para Atención Médica, si ingresa, como paciente, en una institución de salud.



Estado de Ohio Testamento en Vida

(Disposición testamentaria que entra en vigencia durante la vida del testador)

de

(Nombre completo en letras ilmprenta)

(Fecha de nacimiento)

Declaro que este es mi Testamento en Vida en el estado de Ohio. Estoy en sano juicio y no estoy bajo ni sujeto a presión, ni engaño ni bajo presión indebida. Soy una persona adulta, competente, que entiende y acepta las consecuencias de este acto. Declaro, en forma voluntaria, mi deseo que mi muerte no sea artificialmente postergada. Es mi intención que este Testamento en Vida sea acatado por mi familia y los médicos como la expresión final de mi derecho legal de rehusar atención médica, si llegare el caso en que me encuentre en situación terminal o en estado de inconsciencia permanente y no sea capaz de dirigir mi tratamiento para mantenerme vivo.

Definiciones. En este documento se utilizan varios términos legales y médicos. Para mayor claridad, se explican a continuación.

Donación anatómica, se refiere a la donación de todo o parte de un cuerpo humano durante o después de la muerte.

Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente, se refiere al suministro de alimentos y líquidos a través de conductos intravenosos.

Resucitación cardiopulmonar o RCP, se refiere al tratamiento para intentar restablecer la respiración o los latidos del corazón. La RCP se puede lograr respirando boca a boca, aplicando presión al pecho, introduciendo un tubo por la boca o la nariz hacia la garganta, administrando medicamentos, dándole un choque eléctrico al pecho, o por otros medios.

Declarante, se refiere a la persona que firma este documento.

Formato para registro de donantes se refiere a un formato que ha sido específicamente diseñado para que las personas puedan expresar sus deseos de donar órganos, tejidos y ojos ante el Registro de Donantes de la Oficina de Vehículos Automotores de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles Donor Registry).

Orden de No Resucitar (ONR) se refiere a una orden dada por mi médico y anotada en mi historia clínica en la que se especifica que no se me deben administrar métodos de resucitación cardiopulmonar o RCP.

Atención médica se refiere a cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica (incluyendo dental, clínica, psicológica y quirúrgica) u otra medida utilizada para sostener, diagnosticar o tratar cualquier condición física o mental.

Poder Notarial para Atención Médica se refiere a este documento, el cual me permite nombrar a una persona adulta como mi representante para tomar decisiones sobre mi atención médica, si llegare el momento en que yo no lo pueda hacer.

Tratamiento para mantenerme vivo se refiere a cualquier atención médica, incluyendo nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas, y que servirán principalmente para postergar el momento de la muerte.

Disposición Testamentaria en Vida o Testamento en Vida se refiere a otro documento que me permite especificar la atención médica que deseo recibir si me acontece una enfermedad terminal, o si pierdo el conocimiento en forma permanente y no puedo expresar mis deseos.

Estado de inconsciencia permanente se refiere a una condición irreversible en la cual no me encuentro consciente de mí mismo ni de mis alrededores, en forma permanente. Me deben examinar mi médico y otro facultativo y estar de acuerdo en que la pérdida total de mis funciones cerebrales superiores me ha dejado incapaz de sentir dolor o sufrimiento.

Poderdante se refiere a la persona que firma este documento.

Condición terminal o enfermedad terminal se refiere a una condición irreversible, incurable e intratable, causada por enfermedad, dolencia o lesión. Mi médico y otro facultativo me habrán examinado y consideran que no existe recuperación posible y que es posible que muera en un tiempo relativamente corto si no recibo un tratamiento que me mantenga vivo.

(Las instrucciones y demás información para ayudarle a completar este documento se establecen entre paréntesis y en letra inclinada)

Atención médica si me encuentro en situación terminal. Si me encontrare en situación terminal y soy incapaz de tomar decisiones respecto a mi atención médica, solicito que el médico haga lo siguiente:

1. Que no me administre un tratamiento que me mantenga vivo, incluyendo RCP y la nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas; y
2. Que retire el tratamiento antes mencionado, incluyendo RCP si ha sido previamente comenzado; y
3. Que emita una Orden de No Resucitar; y
4. Que me permita morir en forma natural y que no inicie ninguna acción para postergar mi muerte, proveyéndome solamente la atención necesaria para que me sienta cómodo y no tenga dolor.

Atención médica si me encuentro en estado de inconsciencia permanente. Si me encuentro en estado de inconsciencia permanente, solicito que el médico haga lo siguiente:

1. Que no me administre un tratamiento que me mantenga vivo, excepto RCP y la nutrición e hidratación artificial o tecnológicamente suministradas a menos que, en el próximo párrafo, yo no autorice que me administren ese tratamiento o me lo retiren; y
2. Que retire el tratamiento antes mencionado, incluyendo RCP si ha sido previamente comenzado; y
3. Que emita una Orden de No Resucitar; y
4. Que me permita morir en forma natural y que no inicie ninguna acción para postergar mi muerte, proveyendome solamente con la atención necesaria para que me sienta cómodo y no tenga dolor.

Instrucciones Especiales. Al firmar con mis iniciales en el numeral 3 más abajo, deseo específicamente autorizar a mi representante para que pueda rehusar o, si el tratamiento ya comenzó, a desautorizar que se me administre hidratación o alimentación artificial o tecnológicamente administradas, si:

1. Estoy en un estado de inconsciencia permanente; y
2. Mi médico y, por lo menos otro médico que me ha examinado, han determinado, hasta un grado de certidumbre médica razonable que la hidratación y alimentación suministradas artificial o tecnológicamente ni me darán bienestar o ni eliminarán mi dolor; y
3. He firmado, con mis iniciales, sobre esta línea _____

Notificaciones. [Nota: Usted no necesita nombrar a nadie. Si nadie es nombrado, la ley ordena que el médico que lo está atendiendo haga un esfuerzo razonable para notificar a una de las siguientes personas, en el orden en que se nombran: su tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres, o la mayoría de sus hermanos adultos disponibles.]

En el caso que el médico que me está atendiendo determine que se me debe negar o retirar el tratamiento para mantenerme vivo, el médico debe hacer un esfuerzo razonable para notificar una de las personas nombradas a continuación, en el orden de prioridades:

[Nota: Si usted no nombra las dos personas que se deben contactar, sería conveniente que tachara las líneas no utilizadas.]

Primera persona para contactar:	Segunda persona para contactar:
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección _____	Dirección _____
_____	_____
Teléfono _____	Teléfono _____

Donación Anatómica (opcional)

INSTRUCCIONES: Si usted decide hacer una donación anatómica,, usted debe también completar y registrar el Formato para Inscripción de Donantes (Donor Registry Enrollment Form) en la Oficina de Vehículos Automotores de Ohio (Ohio Bureau of Motor Vehicles) para estar seguro de que sus deseos referentes a la donación de órganos y de tejidos serán cumplidos

_____ Deseo hacer una donación anatómica.

_____ No deseo hacer una donación anatómica.

En la eventualidad de mi muerte, deseo dejar las siguientes instrucciones en cuanto a la donación total o parcial de mi cuerpo: Con la esperanza que yo, _____ (nombre del donante), pueda ayudar a otros cuando muera, entrego, por este medio, las siguientes partes de mi cuerpo: _____ (indique las partes específicas de su cuerpo que desea donar, o escriba "todas las partes de mi cuerpo") para cualquier propósito legalmente autorizado, o sea: transplantes, terapias, investigación o educación. [Si hay algún propósito para el cual usted no quiera donar, táchelo].

Este es un documento legal cobijado por el Decreto Uniforme sobre Donaciones Anatómicas (Uniform Anatomical Gift Act) y otros decretos similares.

Si yo no completo los espacios arriba señalados y no hago explícito mi deseo de donar todo o parte de mi cuerpo, esto no crea ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o no donaciones anatómicas.

Formato para Registro de Donantes. He llenado el Formato para Registro de Donantes:

_____ SÍ _____ NO

NOTA: Si usted modifica o anula su decisión con respecto a las donaciones anatómicas, recuerde, por favor, hacer estos cambios en su Testamento en Vida, su Poder Notarial para Atención Médica y su Formato para Inscripción de Donantes.

Sin fecha de expiración. Este Poder Notarial de Atención Médica no tendrá fecha de expiración y no será afectado por mi incapacidad ni por el paso del tiempo.

Las copias tienen la misma validez que el original. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento.

Validez en otro estado. Es mi intención que este documento sea aceptado en cualquier jurisdicción hasta donde lo permita la ley

Poder notarial para atención médica. He completado un Poder Notarial para Atención Médica:

_____ Sí _____ No

FIRMA

[Refiérase a la siguiente página para requisitos de testigo y notario]

Entiendo el propósito y el efecto de este documento y firmo este Testamento en Vida, el día _____ de _____ del año 20 _____ en _____, Ohio.

PODERDANTE

[Usted queda responsabilizado de contarle a sus parientes, al representante que usted nombró en su Poder Notarial para Atención Médica (si lo tiene) y a su médico sobre la existencia de este documento. Usted también puede, pero no está obligado a, contarle a su consejero religioso y a su abogado que usted firmó un Testamento en Vida. Podría darle una copia de este documento a cada una de las personas notificadas.]

[También puede enviarle una copia de este Testamento en Vida al Registrador de su condado, para ser archivado, para mayor seguridad.]

CERTIFICACION POR TESTIGOS O NOTARIO

[Escoja uno]

[Este Testamento en Vida no será válido a menos que esté firmado por dos testigos idóneos que están presentes cuando usted firma o están presentes cuando usted certifica su firma, o si el documento se certifica ante Notario Público.]

*[Las siguientes personas **no** pueden servir de testigos para este Testamento en Vida: el representante, cualquier representante alterno nombrado en el Poder Notarial para Atención Médica, su cónyuge, sus hijos, cualquier otra persona unida a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, el médico que lo está atendiendo; o, si usted se encuentra en un ancianato, el director del ancianato.]*

Testigos. Doy fé de que el Poderdante firmó o certificó este Testamento en Vida en mi presencia, que el Poderdante comparece en sano juicio y no bajo - o sujeto a - coacción, fraude o presión indebida. Doy fé, también de que yo no soy un representante nombrado en este documento, ni soy ni el médico a cargo del Poderdante, ni soy el administrador de un ancianato en donde se atiende al Poderdante, ni tampoco soy una persona adulta unida al Poderdante por lazos de sangre, matrimonio o adopción.

Dirección _____
Firma _____

Nombre en letra imprenta _____

Fechado _____ del año 20 _____

Dirección _____
Firma _____

Nombre en letra imprenta _____

Fechado _____ del año 20 _____

O...

Certificación Notarial
Estado de Ohio
Condado de _____

El día _____ del mes de _____ del año 20____, ante mí, Notario Público abajo firmante, se presentó en persona _____, a quien conozco, o que, a cabalidad, ha probado ser la persona cuyo nombre corresponde al Poderdante de este Testamento en Vida, y quien ha certificado ser el autor del mismo para los propósitos allí incluidos. Doy fé de que el Poderdante comparece en sano juicio, y no bajo o sujeto a coacción, fraude o presión indebida.

Notario Público

Mi nombramiento expira: _____

© Diciembre 2004. Está permitida su reproducción para uso del público en general, abogados, médicos y osteópatas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas, y asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro. No está permitida su reproducción para usos comerciales y para venta con utilidad.

NUESTRA MISIÓN

Los servicios de Hospicio de la Western Reserve proveen cuidados paliativos al final de la vida, apoyo a cuidadores y servicios de duelo a través de todo el norte de Ohio.

Celebrando el valor individual de cada vida, nos esforzamos por aliviar el sufrimiento, ofrecer más bienestar, promover la calidad de vida, selección de hogares de acogida para el cuidado al final de la vida y un verdadero apoyo durante el duelo



HOSPICE
OF THE
WESTERN
RESERVE

17876 St. Clair Avenue
Cleveland, OH 44110-2602

Atendiendo a los Condados de Ashtabula, Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain y Summit con oficinas a través de todos y extendiéndose a los condados Medina, Portage y Stark.

800.707.8922 | hospicewr.org

