



BRIGHAM AND
WOMEN'S HOSPITAL



FAULKNER
HOSPITAL

Guía para el Paciente y la Familia sobre el Mandato de Cuidado Directo

Información de Cuidado Médico por Poder y Declaración en Vida

Member of the  **PARTNERS** HealthCare System

Introducción

Los adelantos en el cuidado médico moderno no solamente han salvado vidas, sino que también han mejorado la calidad de vida de muchas personas. Sin embargo, hay veces que estos adelantos no ayudan o que la carga del tratamiento sobrepasa cualquier beneficio que pueda obtenerse. Es necesaria una decisión bien calculada cuando se consideran las muchas opciones a su disposición. Para que usted pueda hacer las mejores decisiones médicas, además de considerar sus valores y creencias, debe obtener consejos de médicos, enfermeras, y otros expertos en el área. El objetivo del mandato de cuidado directo es el dar a conocer esas creencias y valores cuando no se está en condición de comunicarlas por medio del Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta, y Declaración en Vida de Mi Voluntad. Este folleto le provee más información sobre estos importantes documentos.

Números Importantes

BWH número central	617-732-5500
Coordinación del cuidado	617-732-6469
Oficina de Admisiones	617-732-7450

Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta y Declaración en Vida de Mi Autoridad

El Hospital Brigham and Women's reconoce los derechos de individuos para tomar decisiones sobre sus tratamientos. Durante su estadía en el hospital, Brigham and Women's ofrece a cada paciente la oportunidad de llenar un formulario llamado Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta y otro llamado Declaración en Vida de Mi Voluntad. Estos formularios ayudan a que sus deseos se lleven a cabo, en caso de que usted no pueda comunicar o tomar decisiones por su cuenta. También le ofrecemos asistencia a pacientes y familiares que deseen discutir las opciones para tratamientos en los últimos días de vida. Muchos pacientes y familiares nos han expresado su agradecimiento por esta oportunidad.

Hay dos formularios que aseguran que sus deseos se lleven a cabo si usted no puede tomar decisiones. Es ideal que llene los dos formularios.

- 1) El primero, es un documento legal llamado: **Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta**. En Massachusetts, este documento le permite asignar a alguien de su confianza para tomar decisiones concerniente a su salud cuando usted no pueda comunicar estas decisiones por cuenta propia. Usted puede completar este documento si tiene 18 años o más.
- 2) El segundo es: **Declaración en Vida de mi Voluntad**. Este es un avance directo que le permite especificar su preferencias concerniente al tipo de tratamiento médico que usted desea en caso de que usted tenga una enfermedad que pueda causar la muerte o que no hayan esperanzas de recuperación física o habilidad mental. Este documento, sirve de guía así como: si usted desea o no desea que se tomen medidas para prolongar su vida, si tiene una enfermedad terminante. También usted puede dar instrucciones específicas; si desea o no tubos respiratorios. El estado de Massachusetts no tiene una "Ley de Voluntad de Vida" como otros estados. Así es que una declaración de vida solamente puede servir de guía para su agente y equipo médico en algunas circunstancias. Si usted solamente desea llenar un formulario, debe escoger el llamado Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta.

Si usted ya ha completado el formulario de Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta u otro formulario de avance directo, asegurese de dar copias de estos formularios a sus proveedores de salud. Si usted no ha llenado estos formularios, le recomendamos que usted converse sus deseos con su doctor y su substituto. A lo mejor usted también desea escoger un substituto en caso de que la primera persona escogida no este disponible. Puede estar dedicados de que si usted no ha llenado ninguno de estos formularios, los empleados de BWH estan dedicados en brindarle: tratamiento médico apropiado, alivio de dolor y comodidad.

Usted puede rechazar o cambiar estos documentos cuando lo desee, llenando otro formulario. Le recomendamos que usted hable con su médico y su substituto para mantenerlos al tanto de los cambios. El hospital puede quedarse con estos documentos en su registro médico para futuras referencias.

Si en cualquier momento usted tiene preguntas concerniente a estos documentos, puede recibir la asistencia del departamento de Coordinación de Servicio de Salud marcando el (617) 732-6469.

Preguntas y Respuestas

¿Cuál es la necesidad de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

Hoy en día, el cuidado médico es dirigido por las opciones y los valores que usted tenga o tome como paciente. Cuando usted no pueda hablar por usted mismo, su intención debe ser preservada. Asignando un sustituto (conocido bajo la ley de Massachusetts como "agente de cuidado médico") que hable de su parte, es la mejor manera de asegurar que sus deseos para tratamiento sean cumplidos.

¿Quién puede servir como sustituto?

Su sustituto debe de ser una persona de confianza que lo conozca suficientemente para saber que decisiones de tratamiento usted escogería así como su esposa/o, un miembro de la familia o un amigo. Usted debe comunicar sus deseos con su sustituto con anticipación. (La única restricción es que su sustituto no debe ser empleado o miembro del personal del Hospital Brigham and Women's, a menos que tenga algún parentesco sanguíneo, matrimonial o adoptivo con la persona).

¿Qué autoridad tiene el Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

Si su doctor determina que usted no está capacitado para comunicar decisiones acerca de su salud, su agente de cuidado médico puede actuar por usted. Sujeto/a a las limitaciones que usted mencione en su formulario de Autoridad Substituta, su sustituto puede tomar las decisiones que usted no pueda hacer. Su agente debe tomar las decisiones basándose en un entendimiento de los deseos que usted le haya expresado(si sus deseos no son conocidos, debe asesorarse sobre sus mejores intereses).

¿Cuándo debo llenar un formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

El mejor momento para pensar en sus deseos, escoger un sustituto y cuidadosamente considerar opciones, es antes de enfermarse. Si usted no ha llenado el formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta y usted no está capacitado/a para tomar decisiones, su familia se considerará para tomar decisiones por usted. Si no tiene familia o hay desacuerdos concerniente al tratamiento médico, el tribunal puede asignar a una persona para tomar decisiones en su lugar.

¿Cómo lleno un formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

El proceso consiste de los siguientes pasos:

1. Escoger una persona como sustituto/a.
2. Hablar con esa persona de sus deseos concerniente a tratamiento médico
3. Llenar el formulario de Cuidado Médico por Poder y hacer copias para todos sus proveedores de salud.

Al completar este formulario usted habrá escogido su agente(sustituto). Escoja dos testigos para firmarlo. Cualquier persona puede servir de testigo, excepto su agente(sustituto). Para completar este formulario no necesita un abogado.

¿Qué debo discutir con mi agente o sustituto?

Las decisiones como prolongación de vida, resucitación, y larga dependencia de aparatos tecnológicos: ej. ventiladores (para mantenerlo respirando) o tubos permanentes para nutrirlo, especialmente si hay o no pocas esperanzas de recuperación, pueden guiar a su sustituto.

¿Qué puedo hacer cuando haya completado el formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

Después de haber completado su formulario, haga copias y entréguelas al sustituto, su doctor y todos los demás involucrados en su salud incluyendo aquellos que pueden tomar decisiones por usted. Pueden ser familiares, miembros del clero (ministro, cura) o su abogado. El documento original debe permanecer con sus otros documentos importantes.

¿Qué pasa si cambio de idea?

Si usted decide que no desea el formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta o que quiere cambiar de sustituto, solamente debe destruirlo, avisar a los que obtuvieron copias y llenar otro si así lo desea. También puede cancelarlo oralmente con cualquier proveedor de la salud. Si el sustituto es su esposo y está legalmente separado o divorciado, éste queda automáticamente revocado.

¿Cómo puedo obtener más información?

Usted puede obtener más información llamando al departamento de Coordinación de Servicio de Salud al (617) 732-6469. Estos formularios están disponibles en el departamento de Admisiones del Hospital Brigham and Women's, su número de teléfono es (617) 732-7455, también en el departamento de Coordinación de Servicios de Salud.

Instrucciones

Favor de firmar el Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta en presencia de dos testigos(de 18 años o mayores que no sean designados como agente). Usted no necesita abogado para llenar estos formularios. Debe mantener el original con sus otros documentos personales. Haga copias para su médico, substituto, y cualquier miembro de la familia o amigos.



**Declaración en Vida de Mi Voluntad
(Living Will Declaration)**

A mi Familia, a Los Doctores y a Todos Aquellos Involucrados en el Cuidado de mi Salud:

Yo, _____, residente de _____, hago esta declaración para expresar mi voluntad de que no se usen o de que se retiren los sistemas auxiliares de vida si llega a suceder que, según lo determinado por mi doctor, yo quede incapacitado para participar en el proceso de decisiones acerca del cuidado de mi salud.

Si dejara de haber esperanza para mi recuperación de una incapacidad o enfermedad física o mental. Dispongo que se me permita morir con dignidad, que mi doctor deje de aplicar o que retire cualquier tratamiento que sirva meramente para prolongar mi vida, pero que ofrezca muy bajas probabilidades de curarme o de lograr la remisión de mi enfermedad. Yo dispongo que mi tratamiento se limite a las medidas que sirvan para mantenerme cómodo y para aliviarme el dolor.

He decidido pedir que se sigan estas instrucciones, después de haberlas considerado cuidadosamente. y de acuerdo a mis fuertes convicciones y creencias. Espero que mi familia, los doctores y demás personas involucradas en el cuidado de mi salud se atengan a mis deseos, y que al proceder de este modo queden exentos de cualquier responsabilidad legal o moral.

Instrucciones/comentarios adicionales:

Firma _____

Fecha _____



**Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta
(Health Care Proxy)**

Yo, _____, residente de, _____,
nombro a _____, residente de, _____ y
cuyo teléfono es _____, como mi agente en el cuidado de mi salud, con autoridad para
tomar todas las decisiones de dicho cuidado en representación mía. Esta autoridad entrará en
vigor si el doctor a cargo de mi cuidado médico determina por escrito que no estoy capacitado/a
para tomar o comunicar por mi propia cuenta decisiones acerca de mi cuidado médico. El agente
encargado del cuidado de mi salud tendrá la misma autoridad que yo tendría para tomar estas
decisiones, con las siguientes

**EXCEPCIONES (ESPECIFIQUE LAS LIMITACIONES QUE USTED DESEE ESTIPULAR
SOBRE ESTA AUTORIDAD, SI HUBIESE ALGUNA):**

Dispongo que el agente encargado del cuidado de mi salud tome las decisiones en base a su
evaluación de mis deseos personales, incluyendo aquellos expresados en cualquier declaración
de mi voluntad firmada por mí en vida. Si mis deseos fueran desconocidos, mi agente tomará las
decisiones en base a su evaluación de lo que constituya mi mejor interés. Las fotocopias de esta
carta poder tendrán el mismo valor y efecto que el original.

Si la persona que he nombrado no estuviera disponible, no estuviera dispuesta, o fuera
incompetente para desempeñarse como el agente encargado de mis asuntos de salud, nombro a la
siguiente persona como reemplazo:

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

*Nota: Por lo general, usted no puede designar como el agente encargado de asuntos de su salud
a ningún empleado o miembro del personal médico del Hospital Brigham and Women's, a menos
que tenga algún parentesco sanguíneo, matrimonial o adoptivo con tal persona.*

Firma de Paciente _____

Fecha _____

Declaración de Testigo

Este formulario requiere dos testigos de 18 años de edad o mayores:

Nosotros, los testigos firmantes, declaramos ambos que hemos sido testigos de la firma de este
documento y que el firmante parece tener por lo menos 18 años de edad, dispone de todas sus
facultades mentales y no obra bajo ningún apremio o influencia indebida. Ninguno de
nosotros/as ha sido nombrado/a como agente de cuidado de salud o como reemplazo del mismo.

Primer Testigo:

Segundo Testigo:

Nombre (en letra de molde) _____

Nombre (en letra de molde) _____

Dirección _____

Dirección _____

Fecha _____

Fecha _____

(Firma) _____

(Firma) _____