

**Documento de Voluntad
Anticipada para Atención
Médica**

de

Este formulario fue desarrollado por el Comité sobre el Derecho y los Ancianos del Colegio de Abogados de Delaware y aprobado para el uso de la Oficina de la Procuraduría General del Estado de Delaware.

INSTRUCCIONES GENERALES

Usted debe leer cuidadosamente este formulario antes de llenarlo. Debe llenarlo en su totalidad. Si existen decisiones de atención médica que no quiere tomar, usted debe tachar el texto de esa decisión en vez de dejarla en blanco. Usted no puede cambiar los requisitos para los testigos o agentes, aunque tache el texto. Usted debe escribir de manera legible.

Después de haber llenado el formulario en su totalidad, usted debe firmar el formulario en presencia de un notario público. Aunque no es un requisito legal, se aconseja firmarlo en presencia de un notario público. Es aconsejable porque el notario, al igual que sus testigos, puede testificar sobre su competencia cuando usted firme el documento de voluntad anticipada, en caso de que su competencia se convierta en un problema. A menudo, es más fácil localizar en el futuro a los notarios registrados con el Estado que a los testigos.

Usted debe retener el original de su Documento de Voluntad Anticipada para Atención Médica, y dar copias a su médico, agente, cónyuge, familiares, y amigos cercanos si desea. Debe explicar a cada persona que reciba una copia de su voluntad anticipada las opciones que escogió en el formulario, y por qué. Esto será de ayuda si, mientras carece de competencia, surge la necesidad de tomar una decisión de atención médica que no esté explícitamente enunciada en su formulario de voluntad anticipada.

Este formulario no contiene todos los tipos de decisiones de atención médica que usted tiene derecho a tomar. Por ejemplo, el formulario no le da a usted la oportunidad de nominar a un tutor, en caso que usted se vuelva incompetente y necesite uno. También, el formulario no le da a usted la oportunidad de designar un médico de cabecera, o a otra persona, que certifique que usted carece de capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica. Finalmente, el formulario no incluye una provisión que acomode las creencias religiosas o morales de una persona. Si desea ejercer estas opciones, usted debe hablar con un abogado. Si algo en el formulario entra en conflicto con sus creencias religiosas, debe comunicarse con su clérigo.

PARTE I. INSTRUCCIONES PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Si usted es un adulto mentalmente competente, usted tiene el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico, si tal rechazo no es contrario a las leyes existentes de salud pública. Usted puede dar instrucciones por adelantado acerca del tratamiento médico o quirúrgico deseado o no deseado. Estas instrucciones entrarán en vigor si usted pierde la capacidad de aceptar o de rechazar tratamiento médico o quirúrgico. Usted puede limitar las instrucciones de modo que entren en vigencia solo si usted sufre de una condición médica específica. Si usted indica que no quiere que se le prolongue la vida, tal instrucción entrará en vigor si usted se encuentra en una "condición preestablecida." Una "condición preestablecida" es una condición terminal o de inconsciencia permanente.

Si usted desea indicar su aceptación o rechazo a tratamiento médico o quirúrgico, usted debe llenar los espacios en la página a continuación. Usted puede tachar cualquier texto que no desee.

A. INSTRUCCIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA

1. Opción de Prolongar la Vida

_____ Deseo que se me prolongue la vida tanto como sea posible dentro de los límites de las normas de práctica de atención médica generalmente aceptadas.

O

2. Opción de No Prolongar la Vida

No deseo que se me prolongue la vida si (seleccione todas las que correspondan)

_____ (i) Sufro de una condición terminal (una condición incurable para la cual no existe ninguna expectativa médica razonable de recuperación y que causará mi muerte, sin importar el uso de tratamiento de soporte vital.) En este caso, doy las instrucciones específicas indicadas:

	Deseo su uso	No deseo su uso
Alimentación artificial mediante un tubo	_____	_____
Hidratación mediante un tubo	_____	_____
Reanimación cardiopulmonar	_____	_____
Respiración asistida	_____	_____
Otro (explique) _____	_____	_____

_____ (ii) Quedo permanentemente inconsciente (una condición médica que ha existido al menos durante cuatro (4) semanas y que se ha diagnosticado de acuerdo a las normas de práctica médicas actualmente aceptadas y con certeza médica razonable como una total e irreversible pérdida de conciencia y de capacidad de interacción con el entorno. El término incluye, en particular, un estado vegetativo persistente o de coma irreversible) y con respecto a lo siguiente, doy las instrucciones específicas indicadas:

	Deseo su uso	No deseo su uso
Alimentación artificial mediante un tubo	_____	_____
Hidratación mediante un tubo	_____	_____
Reanimación cardiopulmonar	_____	_____
Respiración asistida	_____	_____
Otro (explique) _____	_____	_____

B. ALIVIO DEL DOLOR: Ya sea que yo escoja A.1 o A.2, o ninguna, indico que en cualquier caso se me proporcione todo el cuidado médicamente adecuado que sea necesario para hacerme sentir cómodo(a) y para aliviar el dolor.

C. OTRAS INSTRUCCIONES MÉDICAS: Si usted desea añadir a lo que ha indicado arriba, puede hacerlo aquí.

(utilice hojas adicionales si es necesario)

PARTE II: PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

Su agente puede tomar cualquier decisión de atención médica que usted hubiera tomado mientras tenía la capacidad de tomar dichas decisiones. Usted puede designar a un agente alternativo para tomar decisiones de atención médica por usted si su primer agente no está dispuesto, no puede y no está razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. A menos que exista parentesco de sangre entre usted y las personas que nombre como agente y agente alternativo, ninguno de ellos puede ser propietario, operador o empleado de ninguna institución residencial de cuidado a largo plazo en donde usted reciba atención.

Si usted desea designar a un agente que tome decisiones de atención médica por usted bajo estas circunstancias y condiciones, debe llenar la sección que sigue. Usted puede tachar cualquier texto que no desee.

A. DESIGNACIÓN DE AGENTE: Yo designo a _____
como mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí. Si él/ella no vive, no está dispuesto o no puede, o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, entonces yo designo a _____
como mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí.

(nombre de la persona que usted escoge como agente)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono residencial) (teléfono de trabajo)

(nombre de la persona que usted escoge como agente alternativo)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono residencial) (teléfono de trabajo)

B. AUTORIDAD DEL AGENTE: Concedo a mi agente total autoridad para tomar decisiones por mí respecto a mi atención médica; siempre que, al ejercer esta autoridad, mi agente siga mis deseos como se han indicado en este documento o de otro modo conocidos por mi agente. Por lo tanto, mi agente está autorizado(a) a lo siguiente:

1. Consentir, rechazar, retirar consentimiento a todos y a cada tipo de cuidados médicos, tratamientos, procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, medicamentos, y el uso de procedimientos mecánicos u otros que afecten cualquier función corporal;
2. Tener acceso a expedientes médicos e información médica en la misma medida en la que yo tengo derecho, incluyendo el derecho de revelar su contenido a otros;
3. Autorizar mi ingreso o dada de alta de cualquier hospital, asilo de ancianos, atención residencial, asistencia permanente o un centro o servicio similar;
4. Contratar de mi parte a cualquier servicio relacionado a la atención médica, sin que mi agente incurra en responsabilidad financiera por tales contrataciones;
5. Contratar y despedir al personal médico, de servicio social, y a otro personal de apoyo a cargo de mi cuidado; y

6. Autorizar, o rehusarse a autorizar, cualquier medicamento o procedimiento dirigido a aliviar el dolor, aunque tal uso conduzca a daño físico, adicción, o a acelerar el momento de (pero sin causar intencionalmente) mi muerte.

C. CUANDO ENTRA EN VIGENCIA LA AUTORIDAD DEL AGENTE: La autoridad de mi agente entra en vigor cuando el médico que me atiende determine que carezco de capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica.

D. DEBER DEL AGENTE: Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí según este poder notarial para atención médica, cualquier instrucción que yo de en la Parte I de este formulario, y mis otros deseos, en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que se desconozcan mis deseos, las decisiones de atención médica que tome mi agente se conformarán lo más posible a mi acción o intención bajo las circunstancias. Si mi agente es incapaz de determinar mi acción o intención bajo las circunstancias, mi agente tomará decisiones de atención médica por mí según lo que determine que sea lo mejor para mí. Al determinar lo que sea mejor para mí, mi agente tomará en consideración mis valores personales en la medida en que sean del conocimiento de mi agente.

PARTE III. DECLARACIÓN DE REGALO ANATÓMICO (Opcional)

Por este medio hago los siguientes regalos anatómicos que entrarán en vigor cuando yo muera. Las marcas en las casillas correspondientes y las palabras en los espacios a continuación indican mis deseos:

Doy mi cuerpo; cualquier órgano o parte necesaria;
 los siguientes órganos o partes _____

al médico que me atiende cuando yo muera; hospital en donde yo muera;
 médico, hospital, banco de almacenaje u otra institución médica a continuación

con el(los) siguiente(s) propósito(s):

todo propósito autorizado por la ley; trasplante;
 terapia; investigación;
 educación médica.

EFFECTO DE LA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original. Comprendo el propósito y efecto de este documento.

(fecha)

(firme su nombre)

(su nombre en letra de molde)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

FIRMADO Y DECLARADO por el(la) declarante mencionado(a) anteriormente como su declaración por escrito bajo el Párrafo 16, §§ 2502, 2503 del Código de Delaware, en presencia

nuestra, quiénes en su presencia, a petición suya, y en presencia de cada uno, hemos suscrito nuestros nombres como testigos por este medio, y declaramos que:

- A. El declarante está en pleno uso de sus facultades mentales.
- B. A ninguno de nosotros nos está prohibido ser testigos por la §2503 del Párrafo 16 del Código de Delaware. Ninguno de nosotros:
 - 1. Tiene relación con el declarante por sangre, matrimonio o adopción;
 - 2. Tiene derecho a ninguna porción del patrimonio del declarante bajo ningún testamento o anexo entonces existentes ni, en el momento de la ejecución del documento de voluntad anticipada para atención médica, tiene derecho por la operación de la ley existente en ese entonces;
 - 3. Tiene, en el momento de la ejecución del documento de voluntad anticipada para atención médica, un reclamo presente o incompleto contra cualquier porción del patrimonio del declarante;
 - 4. Tiene responsabilidad financiera directa en el cuidado médico del declarante;
 - 5. Tiene un interés mayoritario en o es operador o empleado de una institución de salud en la que el declarante es paciente o residente o;
 - 6. Es menor de dieciocho años de edad.
- C. Si el declarante reside en un sanatorio, casa de reposo, asilo de ancianos, albergue o institución conexas, uno de los testigos, _____, en el momento de la ejecución del documento de voluntad anticipada para atención médica, es defensor(a) o mediador(a) para pacientes, designado por la División de Servicios para Envejecientes y Adultos con Discapacidades Físicas o el Tutor Público.

Testigo

(nombre en letra de molde)

(dirección)

(ciudad, estado, código postal)

(firma del testigo)

(fecha)

Testigo

(nombre en letra de molde)

(dirección)

(ciudad, estado, código postal)

(firma del testigo)

(fecha)

(Opcional)

Jurado y firmado ante mi este _____ día de _____.

Mi término vence: _____
(Notario)