

## **Instrucciones Anticipadas**

### **Poder Notarial para Asuntos Médicos (designación del Representante del Paciente)**

Este es un documento legal, desarrollado para cumplir con los requisitos legales del estado de Michigan. Este documento proporciona un medio para que una persona elabore un Poder Notarial para Asuntos Médicos (Durable Power of Attorney en inglés, que comprende la designación del Representante del Paciente) y otros documentos que cumplirán con los requisitos básicos vigentes en este estado.

Estas Instrucciones Anticipadas (Advance Directive en inglés) le permiten designar a una persona (y a personas alternativas) para que tomen las decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda expresarlas por sí mismo. La persona a quien usted designa se convierte en su Representante del Paciente. Este documento le otorga a su Representante del Paciente la autoridad para tomar decisiones por usted, únicamente cuando dos médicos o un médico y un psicólogo con licencia del estado hayan determinado que usted es incapaz de tomar sus propias decisiones.

Este documento no le da a su Representante del Paciente ninguna autoridad para tomar decisiones financieras o de negocios en su nombre. Este documento tampoco le da a su Representante del Paciente la autoridad para tomar ciertas decisiones relativas a su tratamiento de la salud mental.

Antes de completar este documento, tómese un tiempo para leerlo con atención. También es muy importante que hable sobre sus puntos de vista, valores y el contenido de este documento con la persona que nombre como su Representante del Paciente. Si no involucra de cerca a su Representante del Paciente y no elaboran un plan claramente definido entre ustedes, existe la posibilidad de que su Representante del Paciente no comprenda sus puntos de vista y sus valores y, por lo tanto, no se los respeten completamente.

Si desea dejar por escrito sus puntos de vista acerca de la atención médica que reciba en el futuro, pero no desea o no puede usar estas Instrucciones Anticipadas, pida que el personal de su organización de salud o su abogado le asesoren sobre las alternativas.

#### **Estas Instrucciones Anticipadas son para:**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del no. de seg social \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/C.P. \_\_\_\_\_

Hospital donde me gustaría recibir atención medica (siempre que sea posible) \_\_\_\_\_

---

## Instrucciones Anticipadas: Mi Representante del Paciente

En caso de que ya no fuera capaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica, en este documento nombro a la persona que elijo para que tome esas decisiones en mi nombre. Esta persona será mi Representante del Paciente. Esta persona tomará mis decisiones sobre la atención médica cuando se determine que yo soy incapaz de hacerlo yo mismo conforme a la ley de Michigan. Entiendo que es importante tener conversaciones regularmente con mi Representante del Paciente acerca de mi salud y mis opciones médicas.

Por medio de este documento doy permiso a mi Representante del Paciente para que envíe una copia de este documento a otros médicos, hospitales y proveedores de atención médica que me brindan atención médica.

Mi Representante del Paciente puede tomar decisiones sobre mi tratamiento médico en mi nombre, únicamente si yo soy incapaz de tomar este tipo de decisiones.

(NOTA Si cambie de mente con respecto a sus deseos, usted puede revocar la designación de su Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar su intención de revocación. Se recomienda que complete un documento nuevo de Instrucciones Anticipadas y entregue una copia del mismo a todas las personas que ya tengan una copia del documento anterior).

### La persona que nombro como mi Representante del Paciente es

Nombre \_\_\_\_\_ Relación (si hay alguna) \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

### Primer Representante Alterno del Paciente (altamente recomendado)

Si el Representante del Paciente que se designa arriba no puede o no desea tomar estas decisiones en su nombre, O si está divorciado o legalmente separado de mí, entonces designo a la siguiente persona como mi Representante del Paciente.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación (si hay alguna) \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

### Segundo Representante Alterno del Paciente (altamente recomendado)

Si los Representantes del Paciente que se designan arriba no pueden o no desean tomar estas decisiones en mi nombre, O si están divorciados o legalmente separados de mí, entonces designo a la siguiente persona como mi Representante del Paciente.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación (si hay alguna) \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

## Página de firmas de las Instrucciones Anticipadas

Doy instrucciones a mi(s) Representante(s) del Paciente acerca de mis deseos y metas con respecto al uso de tratamientos de soporte vital, que incluyen, pero no se limitan a los siguientes: ventilador (respirador), reanimación cardiopulmonar (RCP), alimentación por sonda, hidratación intravenosa, diálisis renal, medicamentos para la presión arterial o antibióticos. Por medio de este documento, de forma expresa doy permiso a mi(s) Representante(s) del Paciente para que nieguen o retiren cualquier tratamiento que no me ayude a alcanzar dichas metas. Entiendo que esta decisión podría tener como consecuencia mi fallecimiento. No se negarán ni retirarán los medicamentos y el tratamiento que tienen como objetivo brindarme comodidad o aliviar mi dolor.

Firma de la persona ante los siguientes testigos

Proporciono estas instrucciones por mi propia voluntad. No se me ha obligado a proporcionar estas instrucciones como condición para recibir atención médica, ni para que se niegue o retire dicha atención. Tengo al menos 18 años de edad y gozo de plenas facultades mentales.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

## Firma de los testigos

Conozco a esta persona y afirmo que es quien se identifica como “la persona” (el paciente) que firma este documento. Considero que goza de plenas facultades mentales y tiene al menos 18 años de edad. Lo vi en persona firmar este formulario, y creo que lo hizo de manera voluntaria, libre de toda forma de coerción, fraude o influencia indebida. Al firmar este documento como testigo, certifico que yo:

- Tengo al menos 18 años de edad
- No soy el Representante del paciente ni el representante alterno del paciente designado por la persona que firma este documento.
- No soy el conyuge del paciente, ni su padre, madre, hijo, nieto, hermano o presunto heredero.
- No aparezco mencionado como beneficiario ni tengo derechos sobre parte alguna del patrimonio del paciente.
- No tengo responsabilidad financiera directa con respecto a la atención medica del paciente
- No soy un proveedor de atención médica que atienda directamente al paciente en este momento.
- No soy empleado de un proveedor de atención médica o seguro médico que atienda directamente al paciente en este momento.

### Testigo número 1

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

### Testigo número 2

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

## Aceptación de la designación como Representante del Paciente

Persona que completa las Instrucciones Anticipadas:

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Aceptación

1. La persona designada arriba le ha pedido que actúe como su Representante del Paciente (o como su Representante Alterno del Paciente). Antes de aceptar la responsabilidad como Representante del Paciente y de firmar este formulario, por favor:
2. Lea la Introducción y el Resumen, que ofrecen instrucciones e información importante.
3. Lea con mucha atención este formulario una vez que sea llenado; y
4. Analice en detalle los valores y deseos de la persona, para que pueda comprender todo lo necesario para poder tomar las decisiones en cuanto al tratamiento médico que tomaría esta persona si pudiera hacerlo.
5. Si desea aceptar servir como Representante del Paciente, lea, firme y anote la fecha en la siguiente declaración.

Acepto que la persona me ha seleccionado como su Representante del Paciente. Comprendo y acepto tomar las medidas razonables para actuar de acuerdo con los deseos y las instrucciones de esta persona, tal como lo indica en este documento de "Instrucciones Anticipadas: Mi Representante del Paciente", o de acuerdo con otras instrucciones escritas o verbales de esta persona. También comprendo y acepto que, de acuerdo con la ley de Michigan:

- a. Esta designación únicamente entrará en vigor cuando el paciente no pueda participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico o de la salud mental, cuando sea pertinente.
- b. No ejerceré facultades con respecto al cuidado del paciente, su custodia ni su tratamiento médico o de la salud mental que el mismo paciente no habría podido ejercer por su propia voluntad si fuera el caso que pudiera participar en la toma de la decisión.
- c. No puedo tomar la decisión de negar o retirar el tratamiento de una paciente que esté embarazada, si dicha decisión tendría como consecuencia la muerte de la paciente, incluso si la decisión reflejara los deseos de la paciente.
- d. Puedo tomar la decisión de negar o retirar el tratamiento y permitir que el paciente muera, únicamente si él o ella expresó claramente que estoy autorizado para tomar tal decisión; entiendo que tal decisión podría tener como consecuencia la muerte del paciente.
- e. No puedo recibir pago alguno por actuar como el Representante del Paciente, pero sí puedo recibir un reembolso por los gastos reales y necesarios en los que incurra en el cumplimiento de mis responsabilidades.
- f. Estoy obligado a actuar de acuerdo con los estándares de atención aplicables a los fiduciarios que actúan en nombre del paciente, y me conduciré de manera que sirva a los intereses del paciente. Los intereses del paciente se consideran los deseos conocidos del paciente que se expresan o se demuestran mientras que el paciente puede participar en las decisiones sobre el tratamiento médico o de la salud mental.
- g. El paciente puede revocar mi designación como su Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar su intención de revocación.
- h. El paciente puede renunciar el derecho de revocar una designación en cuanto al poder para ejercer decisiones sobre el tratamiento de la salud mental, y si dicha renuncia tiene lugar, la

capacidad de revocación del paciente respecto a un tratamiento específico se postergará durante 30 días luego de que éste manifieste su intención de revocación.

- i. Yo puedo revocar la aceptación de mi papel como Representante del Paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar mi intención de revocación.
- j. Un paciente admitido en un centro o agencia de salud tiene los derechos que se enumeran en la Sección 20201 del Código de Salud Pública de Michigan (Exercise of Rights by Patient's Representative [Ejercicio de los derechos por parte del Representante del Paciente], 1978 PA 368, MCL 333. 20201).

## Firma e información de contacto del Representante del Paciente

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Si no soy capaz o no estoy disponible para actuar después de que se hagan todos los esfuerzos razonables para comunicarse conmigo, delego mi autoridad a la persona designada como la segunda opción de Representante del Paciente. Los siguientes Representantes del Paciente están autorizados para actuar (en el orden en el que se enumeran) hasta que yo esté disponible para actuar.

### Primer Representante Alterno del Paciente (opcional)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

### Segundo Representante Alterno del Paciente (opcional)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

### Cambios

Si hay cambios en la información de contacto de su(s) representante(s) únicamente, se puede revisar en el documento original y en sus fotocopias, sin necesidad de reemplazar el formulario completo. Se pueden hacer fotocopias de este formulario y se aceptarán como el documento original.

**Si me aproximo al final de mi vida  
(Esta sección es opcional, pero se recomienda)**

**Preferencias Espirituales/Religiosas**

Si me aproximo a mi muerte, quisiera que se realice lo siguiente para mi apoyo y tranquilidad:

---

---

---

Si estuviera a punto de morir, desearía estar: (marque una opción)

en casa                                       en un hospital                                       no estoy seguro

Mi fe o religión es \_\_\_\_\_ y/o me  
considero un \_\_\_\_\_.

Formo parte de la siguiente comunidad de fe \_\_\_\_\_.

Favor de informarles sobre mi situación a este contacto \_\_\_\_\_.

Quiero que mis proveedores de atención médica conozcan estos aspectos acerca de mis creencias religiosas o espirituales:

---

---

---

---

---

Otros deseos

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Elijo no completar esta sección

## Preferencias sobre donación de órganos/tejidos, autopsia, donaciones anatómicas y entierro/cremación

En esta sección, si lo desea, usted puede indicar sus instrucciones con respecto a: la donación de órganos y tejidos, autopsia, donaciones anatómicas y entierro o cremación.

Conforme a la ley de Michigan, su Representante del Paciente y su familia deben respetar sus instrucciones relativas a la donación de órganos después de su muerte.

La autoridad que otorgo a mi Representante del Paciente con respecto a la donación de órganos y tejidos permanecerá en vigor y deberá ser respetada después de mi muerte, en cumplimiento con la ley de Michigan.

Entiendo que una donación anatómica de cuerpo completo por lo general requiere de planeación por adelantado y la aceptación previa de la institución receptora.

Mis preferencias sobre entierro o cremación reflejan mis valores y deseos actuales.

### Instrucciones:

- Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.
- Tache las opciones que no desee en su caso.

### Donación de mis órganos o tejidos (donaciones anatómicas)

\_\_\_\_\_ Después de morir, deseo donar todas las partes de mi cuerpo que puedan ayudar a otras personas.

\_\_\_\_\_ He indicado este deseo en mi licencia de conducir o en mi identificación estatal.

\_\_\_\_\_ Mi nombre aparece en el registro de donadores en mi estado, que se encuentra en Internet.

\_\_\_\_\_ Después de morir, deseo donar únicamente los siguientes órganos o tejidos, si es posible (órganos o tejidos específicos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Yo no deseo donar órganos ni tejidos.

\_\_\_\_\_ Elijo no completar esta sección



## Preferencias sobre donación de órganos/tejidos, autopsia, donaciones anatómicas y entierro/cremación (continuación)

Instrucciones:

- Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.
- Tache las opciones que no desee en su caso.
- Nota: La autopsia, si es optativa, tal vez se cobre a la familia.

### Preferencias relativas a autopsia, donaciones anatómicas y entierro/cremación

\_\_\_\_\_ Aceptaría una autopsia si esto ayudara a mis familiares cercanos a entender la causa de mi muerte o les ayudara a tomar decisiones sobre su propia atención médica en el futuro.

\_\_\_\_\_ Aceptaría una autopsia si esto contribuyera al avance de la medicina o la educación médica.

\_\_\_\_\_ Deseo donar mi cuerpo a una institución de ciencia médica para fines de investigación o capacitación.

\_\_\_\_\_ No deseo que me realicen una autopsia.

### Con respecto al entierro o la cremación, yo prefiero (indicar solo una opción):

\_\_\_\_\_ Entierro

\_\_\_\_\_ Cremación

\_\_\_\_\_ Entierro o cremación, según la decisión de mi familiar más cercano

\_\_\_\_\_ Elijo no completar esta sección

**Great Lakes Health Connect (opcional):**

Great Lakes Health Connect es una red de intercambio de información médica que ofrece, en todo el estado, servicios de archivo por Internet de expedientes médicos a proveedores médicos solamente. Este servicio no tiene ningún costo para usted. La organización Making Choices Michigan, su médico o su abogado pueden presentar una copia de su documento de Instrucciones Anticipadas por usted para este servicio. Actualmente, no todos los hospitales tienen acceso a este servicio de archivo de información médica. Se recomienda que lleve una copia de este documento al hospital.

Doy mi consentimiento para que se archive una copia de mis Instrucciones Anticipadas en el sistema de Great Lakes Health Connect.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_