



Conversaciones Comunitarias sobre el Cuidado Compasivo

## Planificación Previa del Tratamiento Médico

**Conozca sus opciones, comparta sus deseos:**

**Mantenga el control, alcance paz mental  
y asegúrese que sus deseos sean cumplidos.**





Estimados Ciudadanos:

¿Qué pasaría si usted sufriera una enfermedad inesperada que le impida tomar sus propias decisiones médicas? ¿Cómo aseguraría usted que recibirá el nivel de tratamiento que usted desea? ¿Conocerán su familia y sus seres queridos lo suficiente sobre lo que usted cree y valora para sentirse cómodos tomando decisiones sobre su tratamiento médico?



De acuerdo con la [Encuesta del Fin de Vida para los Ciudadanos de Nueva York](#) del 2008, casi nueve de cada diez adultos locales comentaron que es importante tener alguien allegado para tomar una decisión médica en caso de que tuviese una condición terminal irreversible y no estuviesen capacitados para tomar estas decisiones. Sin embargo, menos de la mitad ha nombrado un portavoz o representante (un "Agente de Tratamiento Médico," conocido como "Poder Ilimitado para Tratamiento Médico" en otros estados) para asegurar que sus deseos sean cumplidos.

Con la ayuda de más de 150 voluntarios comunitarios, la Iniciativa Comunitaria del Fin de Vida y el Tratamiento Paliativo desarrolló un método de dos pasos de planificación previa del tratamiento médico que se detalla en este manual de Planificación Previa de Tratamiento Médico. La primera sección detalla el Programa Conversaciones Comunitarias sobre el Cuidado Compasivo (CCCC, siglas en inglés), que anima a todos los adultos de 18 años de edad y mayores a empezar una conversación y usar **Cinco Pasos Fáciles** para formalizar su declaración previa de voluntad:

- Aprenda acerca de la Declaración Previa de Voluntad
  - Poder para Casos de Tratamiento Médico (Health Care Proxy) y Testamento Vital (Living Will) del Estado de Nueva York
  - Declaración Previa de Voluntad de otros estados
1. Elimine las barreras
  2. Motívese a sí mismo(a) – Vea los videos CCCC
  3. Formalice su Declaración Previa de Voluntad y Testamento Vital
    - Tenga una conversación con su familia y un proveedor de salud
    - Escoja el Agente de Tratamiento Médico más apropiado
    - Hable de sus valores, creencias, y lo qué es importante para usted
    - Comprenda el tratamiento para sostener la vida
    - Comparta copias de su Declaración Previa de Voluntad una vez formalizada
  4. Revísela y actualícela periódicamente

La Segunda Sección describe el programa Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST, siglas en inglés). El mismo fue desarrollado para personas que están enfermas de gravedad o cercanas al fin de sus vidas para asegurar que se cumplan los deseos respecto al fin de vida de la persona, ya sea que la persona esté en el hogar, casa de salud, en un hospital o en cualquier otro lugar en la comunidad. En julio del 2008, el Gobernador David A. Paterson firmó la ley que hace de MOLST un programa estatal permanente. El formulario MOLST (DOH-5003) revisado del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH, siglas en inglés) incluido en este folleto es fácil de entender y está alineado con la Ley de Decisiones Familiares sobre el Tratamiento Médico (FHCDA, siglas en inglés). Ambos entraron en vigor el 1 de junio, 2010. La FHCDA **NO** elimina la necesidad de tener conversaciones honestas con los seres queridos acerca de sus deseos respecto a su tratamiento médico y la preparación de su declaración previa de voluntad.

Nos complace producir este folleto de Planificación Previa del Tratamiento Médico a nombre de la Iniciativa Comunitaria de Fin de Vida/Tratamiento Paliativo para ayudar a los individuos a "Conocer sus opciones y compartir sus deseos." Aunque la declaración previa de Voluntad puede diferir de estado a estado, el proceso de planificación previa esbozado en este folleto es el mismo. Puede encontrar información adicional para que le ayude a tomar decisiones médicas en el sitio Web de la comunidad [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org). ¡Prepare su declaración previa de voluntad hoy!

Cordialmente,

*Patricia A. Bomba MD*

Patricia A. Bomba, M.D., F.A.C.P.

Lider, Iniciativa Comunitaria de Fin de Vida/Tratamiento Paliativo  
Presidenta, Equipo Estatal de Implantación de MOLST



# ÍNDICE

## Sección 1: Para todos los adultos de 18 años de edad y mayores Programa de Conversaciones Comunitarias sobre el Cuidado Compasivo (CCCC, siglas en inglés)

Conozca la razón por la cual los individuos saludables deben formalizar la Declaración Previa de Voluntad y seguir Cinco Pasos Fáciles.

Paso 1: Aprenda acerca de la Declaración Previa de Voluntad

- Planificación Previa del Tratamiento Médico: ¿Qué es? ..... página 3
- Formulario de Poder para Casos de Tratamiento Médico del Estado de Nueva York... Apéndice
- Formulario para el Testamento Vital del Estado de Nueva York..... Apéndice
- Información respecto a los formularios..... página 4, 5
- Declaraciones previas de Voluntad de otros estados..... página 5

Paso 2: Elimine las barreras..... página 6

Paso 3: Motívese a sí mismo(a)..... página 6

Paso 4: Formalice su Poder para Casos de Tratamiento Médico y Testamento Vital:

¡Póngalo por escrito!

- Converse con su familia y proveedor de tratamiento médico.....página 6
  - escoja el Agente de Tratamiento Médico apropiado ..... página 7
  - Discuta sus valores, creencias y qué es importante para usted ..... página 8
  - Entienda el tratamiento para sostener la vida ..... página 9
  - Entienda cómo tomar decisiones médicas..... página 10
  - Tratamiento para sostener la vida usado comúnmente..... página 10
  - Comparta copias de su Declaración Previa de Voluntad formalizada (Asunto práctico) ..... página 11
  - Hable con su médico (Asunto práctico..... página 11
- Paso 5: Revise y actualice (Asunto práctico) ..... página 11

## Sección 2: Para uso de personas seriamente enfermas o que están cercanas al fin de sus vidas Programa de Órdenes Médicas para Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST, siglas en inglés)

Aprenda acerca del Programa MOLST que provee órdenes médicas procesables.

- ¿Qué es el Programa MOLST? ¿Qué es el formulario MOLST? ..... página 12
- ¿Tienen todos los profesionales de tratamiento médico que cumplir las órdenes en el formulario MOLST? ..... página 12
- ¿Quién debe tener el formulario MOLST? ¿Cómo se formaliza el formulario?..... página 12
- ¿Quién firma el formulario MOLST? ¿Quién toma las decisiones médicas en el formulario MOLST? ..... página 13
- ¿Se puede usar el MOLST con pacientes que tienen enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo? ..... página 13
- ¿Cuál es la diferencia entre Poder para Casos de Tratamiento Médico/Testamento Vital y el MOLST?..... página 13
- ¿Cuáles son los beneficios del Programa MOLST?..... página 13
- ¿Se puede usar el MOLST en otros estados? ¿Qué es POLST?..... página 13
- Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST) Formulario (DOH-5003) ..... Apéndice
- Formulario No Resucitar Fuera del Hospital (DNR)..... Apéndice
- Lista de cotejo para actuar. .... página 14

Partes de este folleto han sido adaptadas con permiso de materiales publicados originalmente por Partnership for Caring, Inc., 1620 Eye Street, NW, Suite 202, Washington, DC 20006, 1 (800) 989-9455  
Excellus BlueCross BlueShield es responsable por su contenido.  
© 2002 Excellus BlueCross BlueShield, Revisado 2011



## Paso 1: Aprenda acerca de la Declaración Previa de Voluntad

### Planificación Previa del Tratamiento Médico: ¿Qué es?

Planificación Previa del Tratamiento Médico (ACP, siglas en inglés) es un proceso de planificación para el tratamiento médico futuro en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Es un proceso continuo y no meramente un documento o episodio aislado. La Planificación Previa del Tratamiento Médico le ayuda a prepararse para una enfermedad súbita inesperada, de la cual usted espera recuperar, al igual que para el proceso de muerte inminente y en última instancia la muerte.



La Planificación Previa del Tratamiento Médico es un regalo para usted y su familia. Le permite mantener el control sobre cómo le han de tratar y asegura que usted recibirá el tipo de tratamiento y el tipo de muerte que usted desea.

El Proceso de Planificación Previa del Tratamiento Médico involucra lo siguiente:

- Educarse acerca del tema
- Eliminación de las barreras o razones para no completar el proceso
- Motivación de sí mismo(a) para “Conocer sus opciones y compartir sus deseos” con sus seres queridos y proveedores de tratamiento médico
- Explorar, aclarar y documentar sus valores, creencias y metas
- Selección de un portavoz (el “Agente de Tratamiento Médico” identificado en el Poder para Casos de Tratamiento Médico, conocido como “Poder Ilimitado de Tratamiento Médico” en otros estados) y un portavoz sustituto (el “Agente de Tratamiento Médico sustituto” identificado en el Poder para Casos de Tratamiento Médico) para que trabaje con los médicos para tomar decisiones en su nombre en caso que usted no pueda hablar por usted mismo(a)
- Repasar sus deseos y expectativas acerca de la muerte y la muerte inminente así como la donación de órganos con su portavoz, portavoz sustituto y las personas en quienes usted confía y/o aquellas cuyas decisiones afectarán la manera como usted morirá (Ej., familia, amigos allegados, consejero espiritual, médicos, abogados)
- Formalizar los formularios de Poder para Casos de Tratamiento Médico y Testamento Vital (conocido también como Declaración Previa de Voluntad para el tratamiento Médico) o Declaración Previa de Voluntad de otros estados que identifican a su portavoz y portavoz sustituto y especifican sus deseos y expectativas. ¡Póngalo por escrito!
- Revisar y actualizar estos formularios periódicamente o después de episodios mayores que alteren su vida
- Llevar a cabo *discusiones* seguidas y actualizaciones acerca de sus deseos y expectativas acerca de la muerte con su portavoz, portavoz sustituto, aquellos en quienes usted confía y/o aquellos que cuidarían de usted cuando su muerte es inminente

La Planificación Previa del Tratamiento Médico empieza con conversaciones entre familiares y otros individuos de confianza, tales como amigos allegados, médicos, etc. El proceso crea confianza y establece relaciones entre la familia, amigos allegados, profesionales del tratamiento médico y otros que cuidarán de usted o estarán con usted cuando su muerte es inminente. **La Planificación Previa del Tratamiento Médico ofrece paz mental a usted y a su familia ya que reduce la incertidumbre y ayuda a evitar la confusión y el conflicto respecto a su tratamiento.**

**Recuerde:** Las Directrices aplican **solamente** cuando surja la necesidad y usted no puede tomar sus propias decisiones médicas.

Conozca más acerca de la **Planificación Previa del Tratamiento Médico** en [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org).

## Información acerca de los formularios

Este folleto contiene dos tipos de **Declaraciones Previas de Voluntad** que protegen su derecho a solicitar los tratamientos que *usted* desea y a rehusar los tratamientos médicos que *usted* no desea en caso que usted pierda la facultad o capacidad para tomar decisiones médicas por usted mismo(a):

1. El **Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York** es un documento legal que le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su tratamiento médico, incluyendo decisiones sobre tratamiento que sostiene la vida. El formulario de Poder para Casos de Tratamiento Médico nombra a alguien para que hable por usted en *cualquier momento cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solamente al fin de su vida*.
2. El **Testamento Vital de Nueva York** le permite declarar sus deseos acerca del tratamiento médico en el caso que usted desarrolle una condición *irreversible* que previene que usted tome sus propias decisiones médicas. El Testamento Vital entra en vigor si usted está desahuciado, inconsciente permanentemente o mínimamente consciente debido a daño cerebral y no recuperará su capacidad para tomar decisiones. Las personas que desean indicar las circunstancias bajo las cuales favorecen u objetan recibir cualquier tratamiento específico usan el Testamento Vital de Nueva York.



Usted no necesita autenticar (obtener la firma de un notario) su formulario de Poder para Casos de Tratamiento Médico o el Testamento Vital de Nueva York.

Usted no necesita un abogado para llenar estos formularios.

Estos documentos serán jurídicamente vinculantes solamente si la persona que los formaliza es un adulto competente (de al menos 18 años de edad); los documentos han sido firmados apropiadamente, atestiguados y fechados y los documentos están disponibles cuando se les necesiten.

## Preguntas hechas frecuentemente

### **1) ¿Tengo que formalizar ambos documentos?**

El formalizar ambos documentos ayuda a asegurar que usted recibirá el tratamiento médico que desea. Sin embargo, usted debe continuar hablando con su portavoz para asegurarse de que la persona conoce sus valores y deseos y puede hablar en su nombre independientemente de cuáles sean las circunstancias.

Además, el formalizar ambos documentos es beneficioso en caso que usted sufra una lesión o un episodio médico agudo mientras está de viaje y no puede tomar decisiones médicas por usted mismo(a). La formalización de ambos documentos aumenta la probabilidad de que al menos uno de los documentos sea reconocido legalmente en otro estado.

### **2) ¿Cómo puedo estar seguro de que se respetará mi Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York?**

Para que sea válido legalmente, usted debe firmar y fechar su Poder para Casos de Tratamiento Médico en presencia de **dos** testigos adultos. Los testigos deben firmar una declaración en su Poder para Casos de Tratamiento Médico para confirmar que usted firmó el documento por voluntad propia y sin coacción. Su portavoz y portavoz sustituto no pueden actuar como testigos.

### **3) ¿Cómo puedo estar seguro(a) de que se respetará mi Testamento Vital de Nueva York?**

**Distinto a la mayoría de los estados, Nueva York no tiene una ley específica que reconozca los testamentos vitales** sino que depende de “**evidencia clara y convincente**” de sus deseos. El documentar sus deseos en un Testamento Vital podría ayudar a demostrar el nivel requerido de “evidencia clara y convincente.” Usted debe cumplir con los procedimientos para atestiguar establecidos en la Ley de Poder para Casos de Tratamiento Médico y firmar su Testamento Vital en presencia de dos testigos adultos. Indique la existencia de su Testamento Vital bajo las instrucciones opcionales del Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York.



#### **4) ¿Puedo nombrar más de un portavoz sustituto?**

Sí, usted puede nombrar tantos como desee. Sin embargo, cada portavoz sustituto debe reunir los criterios anotados en la página 7 (vea “¿Qué se debe tomar en consideración al nombrar un portavoz?”).

#### **5) ¿Debo añadir instrucciones personales a mi Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York?**

Usted no necesita añadir instrucciones personales a su Poder para Casos de Tratamiento Médico excepto las relacionadas con la administración artificial de líquidos y nutrición. Una de las razones más poderosas para nombrar un portavoz es tener a alguien que puede responder *con flexibilidad* a los cambios en su situación médica. Añadir instrucciones personales al Poder para Casos de Tratamiento Médico podría restringir involuntariamente el poder de su portavoz para actuar en pro de su mejor conveniencia.

#### **6) ¿Puedo añadir instrucciones personales a mi Testamento Vital?**

Sí. Puede añadir instrucciones personales a la sección titulada “Otras instrucciones.” Si hay tratamientos específicos que usted desea rehusar y no están anotados en el documento, usted los puede anotar ahí. Además, puede añadir en esta sección instrucciones tales como “Deseo medicamentos para el control máximo del dolor, aunque las mismas aceleren mi muerte,” “No deseo que me internen en una casa de salud,” o “Deseo morir en mi hogar.” Si usted ha nombrado un portavoz, es una buena idea incluir una declaración tal como, “Cualquier pregunta respecto a cómo interpretar o cuándo aplicar mi Testamento Vital será decidida por mi portavoz.”

#### **7) ¿Qué es el tratamiento que sostiene la vida tal como resucitación cardiopulmonar (CPR, siglas en inglés), entubación y ventilación mecánica y administración artificial de líquidos y nutrición?**

Vea las páginas 9 y 10 de este folleto que contienen una explicación detallada del tratamiento para sostener la vida.

#### **8) ¿Qué pasa si cambio de parecer respecto a mi Poder para Casos de Tratamiento Médico o Testamento Vital?**

Usted puede revocar su Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York o Testamento Vital notificando de su revocación a su proveedor de tratamiento médico o portavoz verbalmente o por escrito o por cualquier otra acción que demuestre claramente su intención de revocar el documento. Una vez notificado, su médico debe anotar la revocación en su ficha (expediente) médico y notificar a su portavoz y a cualquier personal médico responsable de su tratamiento. Además, un formulario actualizado anula cualquier formulario previo.

#### **9) Si vivo en otro estado o paso períodos largos de tiempo en otro estado, ¿se respetará mis declaraciones previas de Voluntad de Nueva York o de otros estados en esos estados?**

Cada estado tiene sus propias leyes que gobiernan la Planificación Previa del Tratamiento Médico y del uso de los formularios Poder para Casos de Tratamiento Médico, Testamento Vital, MOLST y Órdenes para No Resucitar (DNR, siglas en inglés). Por lo tanto, es importante que usted investigue las leyes de ese estado respecto a la Planificación Previa del Tratamiento Médico. Puede empezar visitando el sitio Web del Departamento de Salud del estado o [caringinfo.org](http://caringinfo.org) donde encontrará Declaración Previa de Voluntad de otros estados.

#### **10) ¿Existen restricciones respecto a quién puede ser mi portavoz?**

Su portavoz **no** puede ser:

- a. Un operador, administrador o empleado de una institución de servicios de salud en la cual usted reside o es paciente, o en la cual usted ha solicitado admisión, al momento cuando usted firma el poder, a menos que esa persona esté relacionada por sangre, matrimonio o adopción;
- b. Un médico, si esa persona actúa también como el médico que le trata.

#### **11) ¿Qué puedo hacer si resido en una institución licenciada u operada por la Oficina de Salud Mental o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo?**

Existen requisitos especiales de atestiguación para los residentes de instituciones operadas o licenciadas por la Oficina de Salud Mental o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD, siglas en inglés). Para obtener información adicional, en el estado de Nueva York (NYS, siglas en inglés), contacte a OPWDD en <http://www.omr.state.ny.us/> o llame al 1 (866) 946-9733 o contacte la National Hospice & Palliative Care Organization, una organización sin fines de lucro dedicada a asegurar tratamiento excelente al fin de la vida, en [caringinfo.org](http://caringinfo.org), o llame al 1 (800) 989-9455.

## Paso 2: Elimine las barreras

Las razones comunes ofrecidas para no formalizar el formulario Poder para Casos de Tratamiento Médico en la [ENCUESTA DE TRATAMIENTO AL FIN DE LA VIDA DE LOS TRABAJADORES DE LA ZONA SEPTENTRIONAL DE NUEVA YORK: VALORES Y ACCIONES DE LA PLANIFICACIÓN PREVIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO](#) \* realizada en el 2008 incluyen:

- **No lo necesito/no creo que es importante:** La enfermedad aguda o lesiones pueden ocurrir inesperadamente en cualquier momento.
- **No tengo suficiente conocimiento acerca de esto:** Usted ha empezado al leer este folleto de Planificación Previa del Tratamiento Médico (ACP, siglas en inglés). Para obtener información adicional, visite [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org).
- **Muy joven para preocuparme acerca de esto:** La enfermedad aguda o lesiones pueden ocurrir inesperadamente en cualquier momento y no respeta límites de edad.
- **No tengo tiempo/nunca he llegado a hacerlo:** ACP es un aspecto importante de la planificación, similar a la creación de un plan financiero y planificación legal tal como escribir un testamento.
- **No sé dónde puedo conseguir los formularios:** Todos los formularios necesarios se encuentran en este folleto de ACP y también en el sitio Web [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org).
- **No sé a quién nombrar como mi Agente de Tratamiento Médico:** Lea acerca de cómo seleccionar su portavoz.
- **No me siento cómodo(a) pensando acerca de tales cosas:** Si se siente incómodo(a), usted no está solo(a). Hablar de la muerte puede ser difícil pero la conversación no causa la muerte.

## Paso 3: Motívese a sí mismo(a)

Si tiene dificultad para iniciar la conversación, empiece con historias que demuestran cómo la planificación previa del tratamiento médico ayuda a mantener control, alcanzar paz mental y es un paso importante para asegurar que los deseos personales sean cumplidos. Saber qué es importante para una persona puede reducir la carga de la toma de decisiones y evitar posibles conflictos y confusiones a los seres queridos. En los videos de [Conversaciones Comunitarias acerca del Cuidado Compasivo](#) se destacan diez historias personales y Cinco Pasos Fáciles y están disponibles en línea en la Biblioteca de Videos de Compasión y Apoyo (Compassion And Support Video Library)\* en el sitio Web [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org)

## Paso 4: Formalice su Poder Para Casos de Tratamiento Médico y Testamento Vital Converse con su familia y proveedor de tratamiento médico: Evite problemas

Pueden surgir problemas si usted no hace planes o no comparte sus deseos con su portavoz de tratamiento médico, su familia o su médico. Pueden surgir problemas si sus metas para el tratamiento cambian pero estos deseos no están reflejados en los formularios documentados. A veces, las preferencias individuales podrían no estar claras o el enfoque puede ser muy limitado. Como portavoz, es importante evitar las suposiciones y aclarar los deseos por adelantado.

Asegúrese de hablar con su portavoz de tratamiento médico, portavoz/portavoces sustituto(s), médico(s), consejero espiritual, familia y amigos más allegados acerca de sus deseos concernientes a su tratamiento médico. Discuta sus deseos con ellos a menudo, particularmente si hay cambios en su condición médica.

Esté al tanto de que sus documentos de Nueva York no serán efectivos en caso de una emergencia médica. Al personal de la ambulancia se le requiere que administre resucitación cardiopulmonar (CPR, siglas en inglés) a menos que se les dé una orden separada llamada Orden para No Resucitar (DNR, siglas en inglés). Lea más acerca de DNR y las Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (DOH-5003 MOLST) en este folleto y en [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org). Puede encontrar información acerca de los programas en otros estados en [POLST.org](http://POLST.org).



\*[http://www.compassionandsupport.org/pdfs/research/End\\_of\\_Life\\_survey-EX.pdf](http://www.compassionandsupport.org/pdfs/research/End_of_Life_survey-EX.pdf)

\*\*[http://www.compassionandsupport.org/index.php/resource\\_directory/compassion\\_and\\_support\\_video\\_library/public\\_service\\_announcements\\_videos](http://www.compassionandsupport.org/index.php/resource_directory/compassion_and_support_video_library/public_service_announcements_videos)

## Seleccione el agente de tratamiento médico o “portavoz” apropiado

Es importante seleccionar el portavoz de tratamiento médico apropiado (identificado en el Poder para Casos de Tratamiento Médico o Declaración Previa de Voluntad de otros estados) porque **esta persona asegurará que se cumplan sus deseos basándose en sus valores y creencias discutidos previamente.** Además, usted debe seleccionar el portavoz sustituto apropiado (identificado en el Poder para Casos de Tratamiento Médico o Declaración Previa de Voluntad de otros estados) para sustituir en el caso que su portavoz principal no pueda o no esté disponible. En algunos estados, un Agente de Tratamiento Médico se conoce como “Poder Ilimitado para Tratamiento Médico.”



Usted indica quiénes son su portavoz y portavoz sustituto usando un documento legal llamado Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York, o Declaración Previa de Voluntad de otros estados. Este formulario identifica su portavoz – la persona que usted ha nombrado para tomar decisiones acerca de su tratamiento médico – incluyendo decisiones acerca del tratamiento que sostiene la vida –si usted ya no puede decidir por usted mismo(a).

### Qué se debe tomar en consideración al nombrar un portavoz

Esta persona debe:

- Reunir los requisitos legales (adulto competente, al menos de 18 años de edad)
- Estar dispuesto a hablar en su nombre
- Estar dispuesto a cumplir sus deseos
- Ser capaz de separar los sentimientos de él o ella de los suyos
- Vivir cerca o estar dispuesto a venir
- Conocer bien a usted
- Entender qué es importante para usted
- Estar dispuesto a hablar con usted respecto a sus deseos más sensibles
- Estar dispuesto a escuchar sus deseos
- Ser capaz de trabajar con las personas que le tratan para cumplir sus deseos
- Estar disponible en el futuro
- Ser capaz de lidiar con posibles conflictos entre su familia, amigos allegados
- Ser capaz de asumir la responsabilidad

### Preguntas para la persona a quien usted podría nombrar como su portavoz

A su portavoz se le podría requerir que hablase por usted en varias circunstancias. Estas situaciones podrían incluir aquellas en las cuales sus deseos podrían no concordar con las opiniones y creencias ya sea de su portavoz o de otros que se preocupan de su bienestar. **Abajo encontrará preguntas que le puede hacer a la persona(s) que está considerando para que sea(n) su portavoz.** Discutir estas preguntas de antemano con un posible portavoz le ayudará a sentirse confiado(a) de que la persona seleccionada para esta función es la mejor para decidir por usted cuando usted no pueda hacerlo.

1. ¿Respetarías mis deseos y necesidades, aunque sean diferentes de lo que solían ser, o si crees que son extraños o tontos?
2. Si no puedo comunicarme por mí mismo(a), ¿te asegurarías de que se haga lo que he solicitado, aunque seleccionarías algo diferente para ti mismo(a)?
3. ¿Hablarias abierta y tiernamente conmigo acerca de cualquier asunto pendiente entre nosotros y escucharías si necesito disculparme o pedir perdón por cualquier cosa que te haya lastimado en el pasado?
4. ¿Hablarias conmigo acerca de mi muerte que se aproxima – mis temores, mis congojas, mis alegrías y gratitud?
5. ¿Cuidarías de ti mismo(a) para que mi enfermedad no te agote?
6. ¿Te quedarías a mi lado aunque las cosas se pongan difíciles?
7. ¿Buscarías información acerca de mi enfermedad y qué se puede esperar al enfermarme más y acercarme al fin de mi vida?

## Discuta sus valores, creencias y qué es importante para usted



Muchas personas tienen opiniones firmes respecto a las cosas que serían importantes para ellas al fin de sus vidas. Otras desean asegurarse de evitar ciertas cosas que no les gustan o que temen. Por lo tanto, es importante que usted tome algún tiempo para explorar sus propios valores y creencias.

Después de explorar sus valores y creencias, es importante que su portavoz, portavoz sustituto, familia, amigos más allegados, consejero espiritual, médicos y abogado entiendan sus valores y creencias específicos. Abajo se encuentran preguntas para que usted piense en ellas y discuta con su portavoz y portavoz sustituto para asegurarse de que él o ella le entiende y puede actuar en su nombre.

### Preguntas exploratorias: Sus sentimientos acerca del tratamiento al fin de su vida

¿Cuáles son algunas de las cosas que usted espera podrían traer más paz a sus últimas semanas, días u horas?

¿Cuáles son sus mayores esperanzas respecto al fin de su vida?

¿Cuáles son sus mayores temores respecto al fin de su vida?

*Instrucciones: Para cada línea, marque una contestación para expresar cuán importante serían estos asuntos si usted estuviera moribundo.*

	No es Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante	Extremadamente Importante
<b>a.</b> Evitar dolor/sufrimiento, aunque signifique que no viviré tanto tiempo				
<b>b.</b> Estar alerta, aunque signifique que tendría dolor				
<b>c.</b> Estar cerca de mi familia y amigos más allegados				
<b>d.</b> Poder sentir que alguien me toca				
<b>e.</b> Tener consejeros religiosos o espirituales a mi lado cuando muera				
<b>f.</b> Poder contar la historia de mi vida y dejar recuerdos gratos para otros				
<b>g.</b> Reconciliar diferencias y despedirme de mi familia y amigos allegados				
<b>h.</b> Estar en mi hogar cuando muera				
<b>i.</b> Estar en un hospital cuando muera				
<b>j.</b> Ser mantenido con vida para dar tiempo para que mi familia esté a mi cabecera para verme antes de morir, aunque esté inconsciente				

La información contenida en esta página es de ©EPEC Project, The Robert Wood Johnson Foundation, 1999.

## Entienda el tratamiento para sostener la vida

Nota: En el estado de Nueva York, es esencial que su portavoz conozca sus deseos acerca de la administración artificial de líquidos y nutrición. Es vital que se documenten estos deseos.

De acuerdo a la ley del estado de Nueva York, si usted no incluye sus deseos respecto a la administración artificial de líquidos y nutrición, su portavoz **no** podrá tomar estas decisiones.

La declaración "Mi agente conoce mis deseos respecto a la administración artificial de líquidos y nutrición" según estipulado en el formulario Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York incluido en este folleto es suficiente para permitir que su portavoz tome estas decisiones.

El tratamiento que sostiene la vida o equipo que mantiene la vida reemplaza o apoya las funciones del cuerpo enfermas. Cuando las condiciones de los pacientes pueden ser curadas o tratadas, el equipo que apoya las funciones del cuerpo se usa temporariamente hasta que la condición o enfermedad se estabiliza y el cuerpo puede reanudar su funcionamiento normal. A veces, el cuerpo nunca recupera la capacidad de funcionar sin tratamiento para sostener la vida.

Al tomar decisiones respecto a formas específicas del tratamiento que sostiene la vida, obtenga la información que usted necesita para tomar decisiones médicas bien fundadas. Particularmente, entienda el beneficio así como las preocupaciones o cargas que el tratamiento puede causarle a usted o a sus seres queridos. Un tratamiento podría ser beneficioso si alivia el sufrimiento, restablece el funcionamiento o mejora la calidad de vida. El mismo tratamiento podría ser considerado como oneroso si causa dolor, prolonga la agonía de la muerte sin ofrecer beneficio o le resta a la calidad de vida de la persona. Cuando recopile información acerca de tratamientos específicos, entienda las razones por las cuales se ofrece el tratamiento y cómo puede beneficiarle.

Dado los adelantos rápidos de la medicina y la tecnología, es difícil conocer de antemano todas las alternativas de tratamiento posibles. Esta es la razón por la cual es tan importante tomar tiempo para aclarar sus valores y creencias y discutir sus metas personales para el tratamiento médico.

## Entienda cómo tomar las decisiones médicas

Es importante que tome en consideración las preguntas que siguen al tomar decisiones respecto al tratamiento que sostiene la vida:

- ¿Influirá el resultado este tratamiento?
- ¿Tienen más peso las cargas (agobios) del tratamiento que los beneficios?
- ¿Hay esperanza de recuperación? De ser así, ¿cómo será la vida después?
- ¿Qué valoro yo? ¿Qué es importante? ¿Cuál es la meta de mi tratamiento médico?

La dificultad en la toma de decisiones surge cuando no se puede predecir la recuperación. En este caso, es deseable emplear un período corto de prueba con el tratamiento que sostiene la vida. Estos períodos de prueba deben comenzar con la aclaración de las metas del tratamiento del paciente y requieren discusiones activas entre su médico y su portavoz respecto al curso de tratamiento más apropiado. Las metas del paciente para su tratamiento médico deben regir la selección de intervenciones.

Encontrará información adicional para ayudarle a tomar decisiones respecto al tratamiento que sostiene la vida en [CompassionAndSupport.org](http://www.compassionandsupport.org).\*

\* [http://www.compassionandsupport.org/index.php/for\\_patients\\_families/life-sustaining\\_treatment](http://www.compassionandsupport.org/index.php/for_patients_families/life-sustaining_treatment)

## Tratamientos que sostienen la vida usados comúnmente:

- **Resucitación cardiopulmonar:** Resucitación cardiopulmonar (CPR, siglas en inglés) involucra respiración artificial y presión fuerte sobre el pecho para tratar que el corazón empiece a funcionar nuevamente. Usualmente involucra una descarga eléctrica (desfibrilación) y la inserción de un tubo plástico en la tráquea para ayudar a la respiración (entubación). Significa que se administrarán todos los tratamientos médicos para prolongar la vida cuando el corazón ha dejado de latir o la respiración ha cesado, incluyendo el que se le coloque en una máquina para respirar (respirador artificial) y que se le traslade a un hospital. CPR puede salvar la vida cuando se aplica rápidamente como respuesta a un episodio súbito como un ataque al corazón (infarto) o cuando una persona se ahoga. Sin embargo, el índice de éxito es extremadamente bajo para personas que están al final del proceso de una enfermedad terminal. Los pacientes gravemente enfermos que reciben CPR tienen una posibilidad pequeña de recuperar. Los pacientes que escogen una orden DNR (no resucitar) indican que ellos no desean que el personal médico intente la resucitación en caso de emergencia y prefieren que se les permita una muerte natural.
- **Entubación y ventilación mecánica:** La entubación y ventilación mecánica involucra la inserción de un tubo plástico, conectado a una máquina para respirar (un ventilador o respirador artificial) que bombea aire hacia y fuera de los pulmones, en la garganta del paciente. La ventilación mecánica se usa para apoyar o reemplazar la función de los pulmones. La ventilación mecánica a menudo se usa para ayudar a la persona durante un problema de corta duración o por períodos prolongados cuando existe un fallo respiratorio irreversible. Algunas personas que usan la ventilación mecánica por largo plazo pueden disfrutar y vivir con una calidad de vida que es importante para ellas. Sin embargo, para el paciente moribundo, la ventilación mecánica a menudo simplemente prolonga el proceso de la muerte hasta que otros sistemas del cuerpo fallan. Puede suplir oxígeno pero no puede mejorar la condición subyacente. Si el paciente opta por no ser entubado y colocado en un respirador artificial, hay tratamientos disponibles para la falta de respiración, tales como oxígeno y morfina.
- **Administración artificial de líquidos y nutrición:** Cuando el paciente ya no puede comer y beber, se puede administrar comida líquida o líquidos por un tubo insertado en el estómago o se puede administrar líquidos por un tubo plástico pequeño (catéter) insertado directamente en la vena. Si el paciente opta por no tener un tubo alimenticio o líquidos intravenosos (IV, siglas en inglés), los alimentos y líquidos se ofrecen según sean tolerados usando alimentación a mano. La administración artificial de líquidos y nutrición puede salvar vidas cuando se usa hasta que el cuerpo convalezca. La administración artificial de líquidos y nutrición a largo plazo puede darse a personas que tienen desórdenes intestinales serios que limitan su capacidad para digerir la comida, y de este modo les ayuda a disfrutar de la calidad de vida que es importante para ellas. El uso a largo plazo de tubos alimenticios se da frecuentemente a personas que tienen condiciones irreversibles en las etapas finales. El tratamiento no revierte el curso de la enfermedad ni mejora la calidad de vida para estas personas y a menudo causan más daño que bien.

A menudo se hace la distinción entre no empezar el tratamiento o discontinuar el tratamiento. **Sin embargo, no existe una diferencia legal o ética entre no administrar o discontinuar un tratamiento médico conforme a los deseos del paciente.** Si existiese tal distinción en el entorno clínico, un paciente podría rehusar un tratamiento que podría ser beneficioso temiendo que una vez iniciado no se podría discontinuar.

Es legal y éticamente apropiado discontinuar los tratamientos médicos que dejan de ser beneficiosos. Lo que causa la muerte es la enfermedad subyacente, no el acto de discontinuar el tratamiento.

Puede encontrar información adicional para ayudar a tomar decisiones respecto al tratamiento que sostiene la vida en [CompassionAndSupport.org](http://www.compassionandsupport.org).\*

El folleto "Hard Choices" es una referencia excelente que se encuentra en [hardchoices.com](http://hardchoices.com). Una versión en español de este folleto está disponible también.

\* [http://www.compassionandsupport.org/index.php/for\\_patients\\_families/life-sustaining\\_treatment](http://www.compassionandsupport.org/index.php/for_patients_families/life-sustaining_treatment)

## Asuntos prácticos a tomarse en consideración una vez formalizados sus documentos

### Comparta copias de su Declaración Previa de Voluntad formalizada: Asegúrese de que sean asequibles

Garantice la asequibilidad a su Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York y Testamento Vital o Declaración Previa de Voluntad de otros estados.

- Mantenga una copia para usted en un lugar seguro. No ponga los documentos en una caja de seguridad o cualquier otro tipo de caja que prevenga que otros tengan acceso a los documentos.
- Dele una copia a su portavoz y portavoz sustituto, su médico de cabecera, todos los médicos especialistas que participan en su tratamiento y el hospital principal donde usted recibe tratamiento. Usted podría desear dar una copia a su consejero espiritual.
- Debe compartir una copia con un registro electrónico, de existir alguno en la comunidad.
- Si usted ingresa a una casa de salud o a un hospital, pida que se incluyan fotocopias de sus documentos en sus expedientes médicos.

### Hable con su médico

Su médico y los otros profesionales de la salud que cuidan de usted cuando usted está enfermo de gravedad o moribundo podrían jugar un papel importante asegurando que sus deseos son entendidos y cumplidos. Trabaje con su médico y considere pedir a su médico que llene el formulario Órdenes Médicas para Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST). Es importante hablar con su médico y otros profesionales de la salud de antemano respecto a las cosas importantes para usted. En ese momento, pregúnteles acerca del tipo de apoyo que usted cree que necesitará y si ellos creen que podrían ofrecerle ese tipo de apoyo.

Usted tiene el derecho a participar en la planificación de su tratamiento médico aunque usted haya perdido la capacidad para tomar decisiones médicas. Una declaración previa de Voluntad le provee la capacidad para ejercer ese derecho. Los médicos tienen la responsabilidad legal, moral y profesional de asegurar que este derecho sea respetado.

Preguntas hechas por las personas a sus médicos y a otros profesionales de la salud:

1. ¿Se familiarizará usted con las normas sociales de mi cultura y religión y las respetará?
2. ¿Hablará abiertamente acerca de mi enfermedad conmigo y/o mi familia?
3. ¿Qué haría si tengo mucho dolor u otros síntomas incómodos?
4. ¿Me dejará saber si el tratamiento se torna inefectivo de modo que mi familia y yo podamos tomar decisiones médicas apropiadas?
5. ¿Me apoyará para que mi dolor sea manejado apropiadamente y en obtener servicios para desahuciados (hospice)?
6. ¿Qué hará usted para asegurar que siempre escuchará a mí y/o a mi familia?
7. Si llego al punto cuando estoy demasiado enfermo para hablar por mí mismo(a), ¿cómo tomará decisiones acerca de mi tratamiento?
8. ¿Estará disponible para mí aunque yo esté muy enfermo y cerca del fin de mi vida?

### Paso 5: Revisar y actualizar

Revise y actualice sus formularios periódicamente.

- Revise después de acontecimientos mayores en su vida tales como divorcio, nacimiento de un niño o la muerte del cónyuge, ya que usted podría desear escoger un nuevo portavoz.
- Reevalúe sus deseos si se desarrolla una enfermedad nueva que ponga su vida en peligro o una enfermedad crónica, ya que estas enfermedades crónicas progresan, y también después de tratamientos complicados que sostienen la vida. Sus deseos y expectativas pueden cambiar después de estos acontecimientos.
- Si sus deseos cambian después de haber formalizado sus documentos, debe escribir, firmar, fechar y atestiguar documentos totalmente nuevos que reflejen sus nuevos deseos. Dele el nuevo conjunto de documentos a su portavoz y portavoz sustituto de tratamiento médico, su médico de cabecera, todos los médicos especialistas que le tratan y al hospital principal donde usted recibe tratamiento. Estos reemplazarán la versión anterior.

## Órdenes Médicas para Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST)

Las encuestas indican que la gente no se muere en el entorno de su selección, la mayoría no tiene declaraciones previa de Voluntad formalizadas, la mayoría de los que son enviados a lugares para servicios a desahuciados (hospice) llega muy tarde para beneficiarse totalmente y la mayoría teme morir con dolor y sin dignidad o control.



### **¿Qué es el Programa MOLST?**

El Programa MOLST está diseñado para mejorar la calidad del servicio que la gente recibe al fin de la vida. El programa MOLST se basa en la creencia que los individuos tienen el derecho a tomar sus propias decisiones médicas, incluyendo decisiones acerca del tratamiento que sostiene la vida, a describir estos deseos a los proveedores de tratamiento médico, y a recibir tratamiento que le provea comodidad y bienestar a la vez que se cumplen sus deseos. MOLST se basa en la comunicación efectiva de los deseos del paciente, documentación de las órdenes médicas en un formulario rosado y la promesa de los profesionales de salud de cumplir estos deseos.

### **¿Qué es el formulario MOLST?**

El formulario MOLST es una orden médica en papel rosado que deja saber a otros los deseos del paciente respecto al tratamiento que sostiene la vida. Un profesional de la salud debe llenar o cambiar el formulario MOLST, basado en la condición médica actual del paciente, sus valores, deseos e instrucciones para el MOLST. Si el paciente no puede tomar decisiones médicas, las órdenes deben reflejar los deseos del paciente, según el mejor entendimiento del Agente de Tratamiento Médico o Sucedáneo.

MOLST incluye órdenes médicas basadas en las preferencias del paciente respecto a resucitación cardiopulmonar, entubación y ventilación mecánica, administración artificial de líquidos y nutrición, hospitalización futura y traslado, antibióticos, directrices para el tratamiento y otras instrucciones. El MOLST está aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para ser usado en todos los entornos por todo el estado.

### **¿Deben los profesionales de servicios de salud cumplir las órdenes médicas en el formulario MOLST?**

Todos los profesionales de servicios de salud deben cumplir con estas órdenes médicas cuando el paciente se traslada de un lugar a otro, a menos que un médico examine al paciente, estudie las órdenes y cambie las mismas.

### **¿Quién debe tener un formulario MOLST?**

Generalmente el MOLST es para pacientes que tienen condiciones de salud serias (enfermedad crónica progresiva avanzada o enfermedad terminal) y otras personas que están interesadas en definir mejor sus deseos respecto al tratamiento cuando se enfrentan al fin de sus vidas. El paciente u otra persona que toma decisiones debe trabajar con el médico y considerar pedir al médico que llene el formulario MOLST si el paciente:

- Desea evitar o recibir cualquier tratamiento que sostiene la vida
- Desea tener una muerte natural y evitar los esfuerzos para intentar la resucitación cardiopulmonar (CPR, siglas en inglés) cuando el corazón deja de latir o la respiración cesa
- Reside en una institución que ofrece tratamiento médico a largo plazo o requiere esos servicios a largo plazo
- Podría morir dentro del próximo año

### **¿Cómo se llena el formulario MOLST?**

La preparación de MOLST empieza con una conversación o una serie de conversaciones entre el paciente, el Agente de Tratamiento Médico o el Sucedáneo y profesionales de servicios de salud que define(n) las metas del paciente para su tratamiento, examina las alternativas de tratamiento posibles en el formulario MOLST, y asegura que la persona que toma la decisión entiende las decisiones que se toman respecto al tratamiento que sostiene la vida. Si un paciente no está listo para discutir o tomar una decisión respecto a un tratamiento específico para sostener la vida, se proveerá todo el tratamiento.



### **¿Quién firma el formulario MOLST?**

Un médico licenciado debe firmar el formulario MOLST siempre. Si el médico tiene su licencia de un estado fronterizo, el médico debe insertar la abreviatura para el estado donde él o ella tienen su licencia, junto con el número de la licencia.

### **¿Quién toma las decisiones médicas en el formulario MOLST?**

Se presume que los pacientes tienen la capacidad para tomar decisiones médicas respecto al tratamiento que sostiene la vida a menos que un médico y otro profesional de servicios de salud o sociales determine que el paciente no está capacitado para tomar tales decisiones, de acuerdo a la Ley de Decisiones Familiares sobre el Tratamiento Médico (FHCDA, siglas en inglés).

Si el paciente está capacitado para tomar las decisiones médicas, el paciente toma la decisión. Si el paciente pierde la capacidad para tomar las decisiones médicas y tiene un poder para casos de tratamiento médico, el Agente de Tratamiento Médico toma las decisiones médicas. Si el paciente no tiene el poder para casos de tratamiento médico, un Sucedáneo de la Ley de Salud Pública toma las decisiones médicas. La FHCDA define la lista de Sucedáneos y su autoridad. Los sucedáneos bajo la FHCDA deben reunir estándares más altos al tomar estas decisiones médicas porque el paciente no tuvo una discusión previa. Por esta razón, el formalizar su Poder para Casos de Tratamiento Médico y tener una discusión con su familia y un proveedor de servicios de salud es muy importante. Para obtener información adicional respecto a la FHCDA, visite [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org) y [health.state.ny.us](http://health.state.ny.us).

### **¿Se puede usar el MOLST para pacientes que tienen enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo?**

El MOLST está aprobado por la Oficina de Salud Mental y la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD, siglas en inglés). Por lo tanto, el MOLST puede ser usado para pacientes que tienen enfermedades mentales y pacientes que tienen discapacidades del desarrollo. Si el paciente tiene una discapacidad del desarrollo y no tiene la capacidad para decidir, el médico debe cumplir con procedimientos especiales y adjuntar la lista de cotejo con los requisitos legales apropiada. Puede aprender más en [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org).

### **¿Cuál es la diferencia entre Poder para Casos de Tratamiento Médico/Testamento Vital y el formulario MOLST?**

Un Poder para Casos de Tratamiento Médico y un Testamento Vital son tradicionalmente declaraciones previas de voluntad para todos los adultos de 18 años de edad y mayores. Estas declaraciones previas de voluntad son hechas de antemano y solamente aplican cuando se pierde la capacidad para tomar decisiones. Un formulario MOLST preparado apropiadamente contiene órdenes médicas válidas. MOLST **no** intenta reemplazar las declaraciones previas de voluntad tales como el Poder para Casos de Tratamiento Médico y el Testamento Vital. En contraste con el Poder para Casos de Tratamiento Médico, el formulario MOLST aplica ahora mismo y **no** está condicionado a que el paciente pierda la capacidad para tomar decisiones médicas complejas.

### **¿Cuáles son los beneficios del Programa MOLST?**

El personal de servicios médicos de emergencia (EMS, siglas en inglés) cumple las órdenes MOLST en el entorno donde se encuentre antes de llegar al hospital. Las órdenes médicas tienen más peso en el campo (sobre el terreno) porque son precisas y se pueden interpretar fácilmente en casos de emergencia. MOLST amplía la orden para no resucitar (DNR, siglas en inglés) y provee órdenes adicionales para el tratamiento que sostiene la vida y hospitalización futura. Se puede usar MOLST en la comunidad a cambio del formulario NO Resucitar Fuera del Hospital del Estado de Nueva York (DNR). Para obtener información adicional respecto al MOLST en el estado de Nueva York, tenga la bondad de visitar [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org) and [health.state.ny.us](http://health.state.ny.us).

### **¿Se puede usar el MOLST en otros estados? ¿Qué es POLST?**

MOLST es el Programa Modelo Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (POLST) aprobado por el estado de Nueva York. Para obtener información adicional sobre otros estados que tienen programas aprobados o en desarrollo, tenga la bondad de visitar [POLST.org](http://POLST.org).

## Lista de cotejo para actuar

El uso de la lista de cotejo simple provista abajo asegurará que usted no omita algún paso al crear un plan abarcador previo para su tratamiento médico.

He pensado acerca de las cosas que son importantes para mí y las he compartido con mi familia

He seleccionado mi portavoz y portavoz sustituto.

➤ He discutido mis deseos con:

Portavoz (Agente de Tratamiento Médico)	Médicos
Portavoz Sustituto (Agente de Tratamiento Médico Sustituto)	Consejero Espiritual
Miembros de la familia, amigos más allegados	Abogado

He discutido mis deseos respecto a la administración artificial de líquidos y nutrición con mi portavoz y portavoz sustituto.

He formalizado mi Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York o mi Declaración Previa de Voluntad.

He documentado en mi Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York o mi Declaración Previa de Voluntad, que mi portavoz conoce mis deseos respecto a la administración artificial de líquidos y nutrición.

He documentado en mi Poder para Casos de Tratamiento Médico, la licencia de conductor en el estado de Nueva York (o en cualquier otra identificación emitida por el estado de Nueva York), y/o una tarjeta oficial para la donación de órganos, mis deseos respecto a la donación de órganos.

He registrado mi intención de donar órganos y me he inscrito en el [New York State Donate Life Registry](#) (el registro en línea está disponible), \* [o cualquier registro específico del estado, de estar disponible.](#)

He formalizado mi Testamento Vital de Nueva York.

➤ He dado copias de ambos mi Declaración Previa para Casos de Tratamiento Médico y Testamento Vital a mi:

Portavoz (Agente de Tratamiento Médico)	Médicos
Portavoz Sustituto (Agente de Tratamiento Médico Sustituto)	Hospital
Miembros de la Familia, amigos más allegados	Abogado

He llenado la tarjeta de billetera adjunta en este folleto de acuerdo a las instrucciones, y la llevo junto con mi identificación emitida por el estado y la tarjeta de seguro.

He añadido mi Poder para Casos de Tratamiento Médico y Testamento Vital, o mi Declaración Previa de Voluntad al registro electrónico, si está disponible.

He revisado y actualizado mis declaraciones previas de voluntad, según ha sido necesario.

He pensado acerca del MOLST o un programa similar aprobado o en desarrollo en mi estado.

He trabajado con mi médico y le he pedido que llene el formulario MOLST.

\*<https://apps.nyhealth.gov/professionals/patients/donation/organ/DonorRegistration.action>

## Apéndice

- Formulario Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York
- Formulario Testamento Vital de Nueva York
- Órdenes Médicas para Tratamiento Médico que Sostiene la Vida (MOLST) Formulario DOH-5003
- Formulario No Resucitar Fuera del Hospital (DNR)

Partes de este folleto han sido adaptadas con permiso de los materiales publicados originalmente por Partnership for Caring, Inc., 1620 Eye Street, NW, Suite 202, Washington, DC 20006, 1 (800) 989-9455  
Excellus BlueCross BlueShield es responsable del contenido.  
© 2002 Excellus BlueCross BlueShield, Revisado 2011

**INSTRUCCIONES**

# PODER PARA CASOS DE TRATAMIENTO MÉDICO DE NUEVA YORK

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE**

**NOMBRE, DIRECCIÓN DEL HOGAR Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE EN LETRA DE MOLDE**

**AÑADA INSTRUCCIONES PERSONALES (SI ALGUNA)**

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE SUSTITUTO**

**DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)**

© 2000  
PARTNERSHIP FOR CARING, INC.

-----  
(1) Yo, \_\_\_\_\_, por ésta nombro a:

\_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección del hogar y número de teléfono del agente)*

Como mi agente de tratamiento médico para que tome cualquiera y todas las decisiones de tratamiento médico por mí, excepto en la medida que yo estipule lo contrario. **Mi agente conoce mis deseos respecto a la administración artificial de líquidos y nutrición.**

Este Poder para Casos de Tratamiento Médico entrará en vigor en el caso que yo no pueda tomar mis propias decisiones de tratamiento médico.

(2) Instrucciones opcionales: Yo instruyo a mi agente para tomar decisiones sobre el tratamiento médico de acuerdo a mis deseos y limitaciones indicadas abajo o como él o ella tenga conocimiento diferente.

(3) Nombre del sustituto o agente que sustituirá en el caso que la persona que nombré arriba no pueda, no quiera o no esté disponible para actuar como mi agente de tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección del hogar y número de teléfono del agente sustituto)*

(4) Donación de Órganos al \_\_\_\_\_ Cuando muera:  
Morir:

Yo **no** deseo donar mis órganos, tejidos o partes.

Yo **deseo** ser donante de órganos y cuando muera deseo donar:

**DONACIÓN DE  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)  
CONTINUACIÓN**

- (a) Cualquier órgano, tejido o parte que se necesite; **O**  
 (b) Los siguientes órganos, tejido o partes
- 
- 

- (c) Mi donación es para los siguientes propósitos:  
(ponga una línea encima de cualquiera de las que usted no quiera)
- (i) Trasplante
  - (ii) Terapia
  - (iii) Investigación
  - (iv) Educación

**INDIQUE TÉRMINO  
DE  
DURACIÓN O UNA  
CONDICIÓN  
(SI ALGUNA)**

- (5) A menos que lo revoque, este poder seguirá vigente indefinidamente, o hasta la fecha o condición que he indicado abajo. Este poder expirará (especifique la fecha o condición, si lo desea):
- 
- 

**FIRME Y FECHE EL  
DOCUMENTO  
Y ESCRIBA SU  
DIRECCIÓN EN  
LETRA DE MOLDE**

- (6) Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO  
PARA ATESTIGUAR**

---

**Declaración atestiguada por** (debe tener 18 años de edad o más)

Declaro que la persona que firmó este documento pareció ejecutar el poder voluntariamente y libre de coacción. Él o ella firmó (o pidió a alguien que firmara por él o ella) este documento en mi presencia. No soy la persona nombrada en el poder como apoderado por este documento.

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**SUS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
ESCRIBIR SUS  
DIRECCIONES EN  
LETRA DE MOLDE**

© 2000

**PARTNERSHIP FOR  
CARING, INC.**

# TESTAMENTO VITAL DE NUEVA YORK

## INSTRUCCIONES

-----

*Este Testamento Vital ha sido formalizado para que concuerde con la ley del estado de Nueva York, según establecido en el caso In re Westchester County Medical Center, 72 N.Y.2d 517 (1988). En ese caso la Corte estableció la necesidad de evidencia "clara y convincente" de los deseos del paciente e indicó que la "situación ideal es una en la cual los deseos de los pacientes fueron expresados en algún tipo de escrito, quizás un 'testamento vital.'"*

## SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades hago esta declaración como una directriz a ser cumplida si llego a estar permanentemente incapacitado(a) para participar en las decisiones respecto a mi tratamiento médico. Estas instrucciones reflejan mi resolución firme y decidida a declinar tratamiento médico bajo las circunstancias indicadas abajo:

Instruyo a mi médico de cabecera para que no administre o descontinúe el tratamiento que simplemente prolonga mi muerte, si me encuentro en una **condición mental o física incurable o irreversible sin una expectativa razonable de recuperación**, incluyendo pero sin limitarse a: (a) **una condición terminal**; (b) **una condición de inconsciencia permanente** o (c) **una condición mínimamente consciente en la cual estoy permanentemente incapacitado(a) para tomar decisiones o expresar mis deseos**.

Instruyo que mi tratamiento se limite a las medidas que me mantengan cómodo(a) y alivien el dolor que pudiese ocurrir cuando no se administre o se descontinúe el tratamiento.

Aunque entiendo que no se me requiere legalmente que especifique tratamientos futuros **si me encuentro en la condición(es) descrita(s) arriba, tengo opiniones muy firmes respecto a las siguientes formas de tratamiento:**

No deseo resucitación cardíaca.

No deseo respiración mecánica.

No deseo la administración artificial de líquidos y nutrición  
No deseo antibióticos.

Sin embargo, **deseo** alivio máximo del dolor, aunque esto signifique que mi muerte se acelere.

TACHE  
CUALQUIER  
DECLARACIÓN  
QUE NO REFLEJE  
SUS DESEOS

© 2000  
PARTNERSHIP FOR  
CARING, INC.

**Añada  
INSTRUCCIONES  
PERSONALES  
(SI ALGUNA)**

Otras instrucciones:

Estas instrucciones expresan mi derecho legal a rehusar tratamiento, bajo la ley de Nueva York. Mi intención es que se lleven a cabo mis instrucciones, a menos que las rescinda en un nuevo escrito o indicando claramente que he cambiado de parecer.

**FIRME Y FECHÉ  
EL DOCUMENTO  
Y ESCRIBA SU  
DIRECCIÓN EN  
LETRA DE  
MOLDE**

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO  
PARA  
ATESTIGUAR**

Declaro que la persona que firmó este documento pareció ejecutar el testamento vital voluntariamente y libre de coacción. Él o ella firmó (o pidió a alguien que firmara por él o ella) este documento en mi presencia. No soy la persona nombrada en el poder como apoderado por este documento.

**SUS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR  
Y ESCRIBIR SUS  
DIRECCIONES  
EN LETRA DE  
MOLDE**

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

© 2000  
PARTNERSHIP FOR  
CARING, INC.

# Órdenes Médicas para el Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST, Siglas en Inglés)

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

**EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.**

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
 CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

Hombre  Mujer

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO eMOLST (ESTO NO ES UN FORMULARIO eMOLST)

## No Resucitar (DNR, Siglas en Inglés) y Otros Tratamientos que Sostienen la Vida (LST, Siglas en Inglés)

Éste es un formulario de órdenes médicas que informa a otros los deseos del paciente respecto al tratamiento que sostiene la vida. Un profesional de los servicios de salud debe llenar o cambiar el formulario MOLST basado en la condición médica actual del paciente, sus valores, deseos e instrucciones MOLST. Si el paciente no está capacitado para tomar decisiones médicas, las órdenes deben reflejar los deseos del paciente como mejor lo entienda el agente de tratamiento médico o sucedáneo (suplente). Un médico debe firmar el formulario MOLST. Todos los profesionales de servicios de salud deben cumplir con estas órdenes médicas cuando el paciente se traslada de un lugar a otro, a menos que un médico examine al paciente, estudie las órdenes y cambie las mismas.

**MOLST se usa generalmente para pacientes que tienen condiciones de salud serias. El paciente u otra persona que toma la decisión debe hablar con el médico para solicitar al médico que llene el formulario MOLST si el paciente:**

- Desea evitar o recibir cualquiera o todos los tratamientos que sostiene la vida.
- Reside en una instalación para atención de larga duración o necesita servicios de larga duración.
- Podría fallecer dentro del próximo año.

**Si el paciente tiene una discapacidad del desarrollo y no está capacitado para decidir, el doctor debe seguir procedimientos especiales y adjuntar la lista de cotejo con los requisitos legales apropiada.**

### SECCIÓN A

#### Instrucciones Para la Resucitación Cuando el Paciente No Tiene Pulso y/o No Está Respirando

Marque *uno*:

**Orden para CPR: Intente dar Resucitación Cardiopulmonar**

CPR involucra respiración artificial y presión fuerte sobre el pecho para tratar que el corazón funcione de nuevo. Usualmente involucra una descarga eléctrica (desfibrilación) y la inserción de un tubo plástico en la tráquea para asistir la respiración (entubación). Esto significa que se administrarán todos los tratamientos médicos para prolongar la vida cuando el corazón ha dejado de latir o la respiración cesa, incluyendo el que se le coloque en un respirador artificial y ser trasladado al hospital.

**Orden para DNR: No Intente Resucitar (Permitir la Muerte Natural)**

Esto significa que no se empiece la CPR según se define arriba, para lograr que el corazón o la respiración empiecen nuevamente si se habían detenido.

### SECCIÓN B

#### Instrucciones Para Consentir Que Se Resucite (Sección A)

El paciente puede tomar la decisión respecto a la resucitación si él o ella tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación. Si el paciente NO tiene la capacidad para decidir acerca de la resucitación y tiene un poder para casos de tratamiento médico (health care proxy), el agente de tratamiento médico toma la decisión. Si no existe un poder para casos de tratamiento médico, otra persona decidirá, escogida de una lista que se basa en la ley del estado de Nueva York.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA

Marque si el consentimiento fue verbal  
 (Deje la línea para la firma en blanco)

\_\_\_\_\_  
 FECHA /HORA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

**¿Quién tomó la decisión?**  Paciente  Agente de Tratamiento Médico  Ley de Salud Pública Sucadáneo  
 Padre/Tutor de Menor  §1750-b Sucadáneo

### SECCIÓN C

#### Firma del Médico Para la Sección A y B

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 FECHA/HORA

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE LICENCIA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO/LOCALIZADOR DE PERSONAS O "PAGER" O "BÍPER"

### SECCIÓN D

#### Declaración Previa de Voluntad

Marque todas las directrices hechas con anticipación:  Poder Para Casos de Tratamiento Médico  Testamento Vital (Living Will)  
 Donación de Órganos  Documentación de Declaración Previa de Voluntad Ofrecida Verbalmente

EL PACIENTE SE QUEDA CON EL ORIGINAL DEL FORMULARIO MOLST DURANTE EL TRASLADO A DIFERENTES LUGARES DE TRATAMIENTO MÉDICO. EL MÉDICO SE QUEDA CON UNA COPIA.

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO/NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

**SECCIÓN E**

**Órdenes Para Otros Tratamientos Que Sostienen la vida Hospitalización Cuando el Paciente Tiene Pulso y el Paciente Está Respirando**

Se puede ordenar tratamiento para sostener la vida por un período de prueba para determinar si hay beneficio para el paciente. Si se empieza un tratamiento para sostener la vida pero resulta que no ayuda, el tratamiento puede ser descontinuado.

**Directrices Para el Tratamiento** Independientemente de lo seleccionado, al paciente se le tratará con dignidad y respeto, y los proveedores de tratamiento médico le ofrecerán medidas para su bienestar. *Marque una:*

- Medidas Para el Bienestar Solamente** Las medidas para el bienestar son la atención médica y el tratamiento provistos con el objetivo principal de aliviar el dolor y otros síntomas y aliviar el sufrimiento. Se tomarán medidas razonables para ofrecer alimentos y líquidos por boca. Administración de medicamentos, cambio de posición en la cama, cuidado de heridas y otras medidas serán usadas para aliviar el dolor y el sufrimiento. Se usarán oxígeno, succión y el tratamiento manual de obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para el bienestar.
- Intervenciones Médicas Limitadas** El paciente recibirá medicamento por boca o por vena, monitoreo del corazón y todos los otros tratamientos necesarios de acuerdo a las órdenes MOLST.
- No Hay Limitaciones de las Intervenciones Médicas** El paciente recibirá todos los tratamientos necesarios.

**Instrucciones Para la Entubación y Ventilación Mecánica** *Marque una:*

- No Entube (DNI, Siglas en Inglés)** No coloque un tubo por la garganta del paciente ni conecte un respirador artificial que bombee aire hacia y fuera de los pulmones. Hay tratamientos disponibles para falta de respiración tales como oxígeno y morfina. (Esta casilla **no debe ser marcada** si se marcó CPR total en la Sección A.)
- Un Período de Prueba** *Marque uno o ambos:*
  - Entubación y ventilación mecánica**
  - Ventilación no invasiva (Ej., BIPAP), si el profesional de servicios de salud está de acuerdo en que ésta es apropiada**
- Entubación y ventilación mecánica por largo plazo, de ser necesario** Coloque un tubo por la garganta del paciente y conecte un respirador artificial por tanto tiempo como sea médicamente necesario.

**Hospitalización/Traslado en el Futuro** *Marque una:*

- No llevarlo al hospital a menos que el dolor o los síntomas severos no puedan ser controlados de otro modo.**
- Envíe al hospital, de ser necesario, basado en las órdenes MOLST.**

**Líquidos y Nutrición Administrados Artificialmente** Cuando un paciente ya no puede comer o tomar líquidos, se puede administrar alimentos líquidos por un tubo insertado en el estómago o se puede dar líquidos por un pequeño tubo plástico (catéter) insertado directamente en la vena. Si el paciente opta por no tener el tubo alimenticio o líquidos intravenosos (IV, siglas en inglés), los alimentos y líquidos se ofrecen según sean tolerados usando alimentación por mano cuidadosamente. *Marque uno para cada uno de tubo alimenticio y líquidos IV:*

- No tubo alimenticio**
- Un período de prueba con tubo alimenticio**
- Tubo alimenticio a largo plazo, de ser necesario**
- No líquidos IV**
- Un período de prueba con líquidos IV**

**Antibióticos** *Marque una:*

- No use antibióticos.** Use otras medidas de bienestar para aliviar los síntomas.
- Determine el uso o limitación de antibióticos cuando ocurra una infección.**
- Use antibióticos** para tratar infecciones, de ser médicamente indicado.

**Otras Instrucciones** acerca de comenzar o descontinuar el tratamiento deben ser habladas con el médico, así como otros tratamientos no anotados arriba (diálisis, transfusiones, etc.)

**Consentimiento Para un Tratamiento Para Sostener las Funciones Vitales (Sección E)** (Igual que la Sección B, que es el consentimiento para la Sección A)

\_\_\_\_\_  
 FIRMA  Marque si el consentimiento fue verbal (Deje la línea para la firma en blanco) \_\_\_\_\_  
 FECHA/HORA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO

- ¿Quién tomó la decisión?**  Paciente  Agente de Tratamiento Médico  Basado en evidencia clara y convincente de los deseos del paciente  Ley de Salud Pública Sucedáneo  Padre/Tutor de Menor  §1750-b Sucedáneo

**Firma del Médico Para la Sección E**

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
 FECHA/HORA



Estado de Nueva York  
Departamento de Salud

Orden de No Resucitar Fuera del Hospital  
(Orden DNR, siglas en inglés)

Nombre de la Persona: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

No resucite a la persona nombrada arriba.

Firma del Médico \_\_\_\_\_

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

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El médico tiene la responsabilidad de determinar, al menos cada 90 días, si esta orden sigue siendo apropiada, e indicar esto en una nota en el expediente médico de la persona.

La emisión de un nuevo formulario **NO** es requerida, y bajo la ley esta orden debe considerarse válida a menos que se sepa que la misma ha sido revocada. Esta orden permanece válida y debe cumplirse, aunque no haya sido revisada dentro del período de 90 días.



## Instrucciones para la Tarjeta de Billetera:

En caso de emergencia, esta tarjeta de billetera alerta al personal médico de la presencia de un Poder para Casos de Tratamiento Médico y les dirige a su portavoz.

Para que sea más efectiva, debe llevar consigo la tarjeta de billetera junto con la tarjeta de identificación otorgada por el estado y la tarjeta de seguro.

## Para utilizar esta Tarjeta de Billetera:

1. Simplemente remueva la tarjeta cortando en la línea de puntos.
2. Llene la tarjeta de modo que incluya la información idéntica contenida en su formulario Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York.
3. Siga los mismos procedimientos para atestiguar como los usados en su formulario Poder para Casos de Tratamiento Médico de Nueva York pidiendo a dos personas que firmen la tarjeta apropiadamente como testigos.
4. Lleve esta tarjeta de billetera junto con la tarjeta de identificación otorgada por el estado y la tarjeta de seguro.
5. Disfrute de paz mental sabiendo que su Portavoz puede ser contactado y sus deseos serán discutidos aunque a usted le pase algo cuando no esté cerca de su formulario Poder para Casos de Tratamiento Médico.

## PODER PARA CASOS DE TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_, de

CALLE CIUDAD ESTADO

TELÉFONO DURANTE EL DÍA TELÉFONO DURANTE LA TARDE

por este medio nombro a \_\_\_\_\_ de  
NOMBRE DE AGENTE

CALLE CIUDAD ESTADO

TELÉFONO DURANTE EL DÍA TELÉFONO DURANTE LA TARDE

como mi agente de tratamiento médico para tomar todas las decisiones de salud por mí si no puedo tomar decisiones por mí mismo, incluyendo decisiones sobre la nutrición e hidratación artificial.

FIRMA (iniciales del agente) FECHA

Este poder fue firmado en mi presencia. Conozco al signatario que aparenta estar en pleno uso de sus facultades mentales y actuar de libre voluntad.

TESTIGO FECHA

TESTIGO FECHA

### CompassionAndSupport.org

Los pacientes, familias y profesionales pueden ver información confiable sobre:

Poderes para Planificación Previa de Tratamiento Médico

Órdenes Médicas para Tratamiento que Sostiene la Vida (MOLST)

Tratamiento para Sostener la Vida por Tubos de Alimentación  
Control del Dolor

Residencias para Enfermos Desahuciados & Tratamiento Paliativo

Muerte y los Moribundos

Información Espiritual

Pediatría

En Español

Visíte [CompassionAndSupport.org](http://CompassionAndSupport.org) para ver nuestro video MOLST.



Aprenda cómo un programa nuevo para los pacientes seriamente enfermos mejora su atención médica al fin de sus vidas

Creado por la Iniciativa Comunitaria del Fin de Vida/Tratamiento Paliativo



En-Espanol.CompassionAndSupport.org

## INSTRUCCIONES ESPECIALES

### PODER PARA CASOS DE TRATAMIENTO MÉDICO

para

NOMBRE

distribuido por:



PARA INFORMACIÓN ADICIONAL,  
por favor llame a la oficina regional de  
Excellus BlueCross BlueShield, o visite  
En-Espanol.CompassionAndSupport.org.

#### Visíte a CompassionAndSupport para ver nuestro video de las Conversaciones Comunitarias del Cuidado Compasivo (CCCC)



Aprenda el porqué los individuos saludables  
deben hacer su Declaración Previa de Voluntad.

#### Los Cinco Pasos Fáciles

##### 1. Aprenda sobre la Declaración Previa de Voluntad

- Poder para Casos de Tratamiento Médico del Estado de Nueva York
- Testamento Vital del Estado de Nueva York
- Declaración Previa de Voluntad de otros estados

##### 2. Elimine las barreras

##### 3. Motívese a sí mismo

- Véa el Video CCCC Completo

##### 4. Formalice su Poder para Casos de Tratamiento Médico y Testamento Vital

- Converse con su familia
- Escoja su Agente de Tratamiento Médico apropiado
- Hable de lo que es más importante para usted
- Entienda lo que es el tratamiento que sostiene la vida
- Comparta copias de su Declaración Previa de Voluntad

##### 5. Revise y actualice

[En-Espanol.CompassionAndSupport.org](http://En-Espanol.CompassionAndSupport.org)

El Programa de las Conversaciones Comunitarias del Cuidado Compasivo (CCCC) es un Programa de Planificación Previa del Tratamiento Médico desarrollado por la Iniciativa Comunitaria del Fin de Vida/ Tratamiento Paliativo. Como líder de la iniciativa, nos sentimos orgullosos de proveer este folleto actualizado de la Planificación Previa del Tratamiento Médico para apoyar el programa de CCCC.

Para información adicional sobre esta iniciativa, llame a la Dra. Patricia Bomba al 1 (585) 238-4514 o Patricia.Bomba@lifethc.com o visite [En-Espanol.CompassionAndSupport.org](http://En-Espanol.CompassionAndSupport.org).

Para copias adicionales, comuníquese con la oficina regional de Excellus BlueCross BlueShield o descargue una copia de [En-Espanol.CompassionAndSupport.org](http://En-Espanol.CompassionAndSupport.org).

2012