Poder para la Atención de la Salud de Massachusetts

"Expresando sus deseos con respecto a su cuidado y tratamiento"

Términos importantes que debes saber en la planificación de su cuidado

- Una **directiva anticipada** se refiere a las instrucciones sobre el cuidado de la salud que usted puede preparar. Hay diferentes tipos. Un poder para la atención de la salud es un tipo. Un testamento vital es otra.

- Un **poder para la atención de la salud** es un documento en el que nombra a un agente de atención médica, alguien que usted designe para que hable por usted a su medico si éste determina que usted no es capaz de tomar o comunicar sus propias decisiones en cuanto a su atención medica de salud. **El poder para la atención de la salud es la parte más importante de la directiva anticipada**, porque esto nombra a un agente que pueda hablar por usted en relación a las decisiones de salud que se necesita, especialmente los objetivos generales de atención y el porqué puede o no quiere determinado tratamiento. (Su agente de atención médica no puede hablar por usted en cuanto asuntos financieros o de otro tipo, a menos que usted haya nombrado esta misma persona en un poder notarial).

- Un **testamento de vital** es un tipo de instrucción por adelantado en el que se describen medidas concretas que se van a tomar en determinadas circunstancias. Puede ser útil como "prueba" de sus preferencias, pero no puede cubrir todas las preguntas que puedan surgir acerca de su cuidado, y no pueden transmitir exactamente cómo se puede sentir en una circunstancia dada. (Es por eso que tener un poder de cuidado de salud es tan importante.)

- **Un poder notarial** es otro tipo de acuerdo donde nombra a alguien que pueda actuar en su nombre en relación con los asuntos financieros, legales, y otros.

Su voz en las decisiones de atención de salud

Cuando las decisiones de atención de salud se hacen, la voz y la opinión del paciente son de suma importancia. De hecho, expresando sus deseos para el cuidado personal de salud y participar en las decisiones relacionadas con su cuidado de salud es parte de sus derechos básicos como paciente. Sin embargo, en ocasiones se presentan situaciones como accidentes o enfermedades graves que pueden impedirle participar en las decisiones sobre su cuidado. Por lo tanto, es importante que usted decida lo que es importante para usted acerca de su cuidado en caso de que este demasiado enfermo para hablar por sí mismo. Es igualmente importante el comunicar sus deseos a sus familiares, amigos y a sus proveedores de atención médica.

Harrington Healthcare System, anima a todos sus pacientes a que preparen un documento llamado poder de cuidado de la salud. En este documento se identificará a la persona que ha elegido para expresar sus deseos sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo. Algunas de las preguntas comunes sobre el poder de cuidado de la salud aparecen a continuación. Por favor, lea esta información y hable con su familia y aquellos que están más cerca de usted, así como con su médico, enfermera, trabajador social, o capellán. Si hay algo que no entienda por favor, pregunte a uno de nuestro personal.

Para su comodidad, el formulario de Poder de Cuidado para la salud de Massachusetts esta incluido en este folleto

¿Qué es un poder para la atención de la salud?

Un poder para la atención de la salud es un ejemplo de una "directiva por anticipada" - un documento que se prepara anticipado para asegurar de que sus proveedores conozcan sus deseos y, lo más importante, sus valores acerca de su cuidado. Es un documento legal que nombra a la persona que ha elegido para expresar sus deseos de atención médica. Esta persona, o "proxy" - también llamado “agente” de atención médica - se reconoce en la ley de Massachusetts como la persona que puede hablar por usted en relación con las decisiones de atención de salud.

Si su médico ha determinado que usted ya no es capaz de hacer o comunicar decisiones sobre su salud, sus proveedores de cuidado de la salud le preguntarán a su agente de atención médica para que sean su voz. A menudo, esta persona es un familiar o amigo cercano. Idealmente, se trata de alguien que conoce bien sus deseos personales, valores y creencias. Es alguien en quien pueda confiar para hacer las mismas decisiones médicas que usted haría si pudiera. La elección de esta persona puede ayudarlo a sentirse seguro de que siempre será tratado de acuerdo a sus propios deseos y valores. Su agente de asistencia médica puede explicar el **porqué** es posible que desee, o quiere, un tipo atención. Su equipo de atención de la salud determinara qué opciones de tratamiento médico adecuado sea su caso, consultando con su agente, como lo harían con usted, con respecto a sus valores y las metas de atención.

¿Necesito un proxy si ya tengo un testamento en vida?

Sí. Sólo un poder de cuidado de la salud está reconocido oficialmente por la ley de Massachusetts. Generalmente, un testamento en vida se trata de un documento que detalla las preferencias de una persona sobre el uso de mantenimiento de la vida mediante tratamientos médicos en caso de enfermedad terminal. Sin embargo, cuando se escribe un testamento en vida, es muy difícil anticipar todas las circunstancias en que las decisiones médicas complejas tengan que hacerse. Cuando la enfermedad es grave, las preguntas acerca de sus deseos aún pueden surgir. Un testamento en vida no identifica a una persona con la que un médico puede hablar de estos temas importantes de la atención.

Sin embargo, un representante del cuidado de la salud no se limita a las situaciones de enfermedad terminal. Le permite designar a alguien que pueda comunicar sus valores y preferencias, y se asegurará de que sus deseos sobre el cuidado de la salud sean escuchadas.

¿Debe el poder de cuidado de la salud sólo ser completado por personas que están enfermas?

No. Todos los adultos de las personas que están perfectamente sanos, así como personas que están enfermas - se les anima a preparar un poder para la atención de la salud. Muchos de los problemas graves de salud surgen de forma inesperada. Es por eso es importante contar con un poder de cuidado de la salud que este disponible en todo momento.

¿Cómo puedo obtener un poder de cuidado de la salud?

Un formulario de Poder de cuidado de la salud forma esta incluido en este folleto. Si necesita otra copia, su médico, enfermera o trabajador social le puede conseguir uno. Este formulario será valido después de ser firmado por usted y por dos testigos adultos. La persona que usted este nombrando como su agente no podrá firmar como uno de los testigos.

¿Cuándo comienza estar en efecto el poder de cuidado de la salud?

Su apoderado entra en vigor sólo después de que su médico determine que usted es incapaz de tomar o comunicar decisiones sobre su atención médica. Su médico hará esta determinación de acuerdo a los estándares aceptados de la práctica médica. Esta determinación será anotada en su expediente médico. En él se incluirán la opinión de su médico en cuanto a porqué no se puede hablar por sí mismo y por cuánto tiempo podría durar esta incapacidad.

A ese punto, su agente comienza a hablar en su nombre. Si su médico determina que su capacidad de hablar por sí mismo ha regresado, su agente de atención médica ya no se habla por ti.

¿Qué sucede si un miembro de mi familia no está de acuerdo con las decisiones de mi agente asignado?

En general, su médico seguirá la dirección de su agente con respecto a sus deseos. Si un miembro de la familia o bien no está de acuerdo con los planes de atención que se están realizando, o cree que su agente no está llevando a cabo sus deseos, el miembro de la familia puede iniciar una acción ante los tribunales para impugnar las decisiones de su agente.

¿Necesito otra forma si me voy a otro hospital?

Si usted va a otro hospital, probablemente se le preguntará si usted tiene un poder de atención médica completa. Si usted tiene una copia actual con usted de su poder de cuidado de la salud, usted puede usarlo en otro hospital. Si usted no tiene una copia disponible, o si desea hacer cambios en su atención médica proxy, puede optar por llenar un nuevo formulario.

¿A quién debo escoger como mi agente?

Su agente debe ser una persona que este acerca de usted y que este dispuesto y es capaz de respetar sus valores y deseos. En la selección de su agente, es posible que desee considerar las siguientes preguntas:

- ¿Cree usted que el agente podría tomar las mismas decisiones que usted haría con respecto a su salud?
- ¿Esta su agente cómodo con la idea de hablar por usted?
- ¿Es capaz de discutir temas serios con su agente?

Su agente tendrá derecho a recibir información médica sobre usted que él o ella necesite para tomar decisiones sobre su cuidado. Esto incluye información médica confidencial. Él o ella deben tomar decisiones que siguen sus deseos, incluyendo sus creencias religiosas y morales. Si éstos se desconocen, su agente debe tomar las decisiones que él o ella cree que están en su mejor interés.

¿Puedo nombrar a más de una persona como mi agente?

Usted puede nombrar a una persona como su representante principal y un segundo individuo como su suplente. El alternativo servirá como su agente si su principal agente no puede o este dispuesto a servir. Usted puede identificar a más personas en el orden en que podría servir, reconociendo que se convertirá en su único agente, solo si la persona nombrada anteriormente no puede o no este dispuesto a hacerlo.

¿Puedo llamar a mi médico como mi agente?

Le recomendamos que no elija uno de sus proveedores de atención médica como su agente. Si lo hace, pone el proveedor en una posición muy difícil, si el proxy que surta efecto y él / ella está llamada a actuar como su proveedor de cuidado de la salud y su agente. En casi todos los casos, los médicos y otros proveedores de atención de salud tales como terapeutas) sienten que no pueden ser su proveedor y su agente de atención de la salud a la vez.

Si usted se siente fuertemente nombrar a su médico o uno de sus otros proveedores de cuidado de la salud como su agente, por favor discutir esto en detalle con él / ella antes de hacerlo. Su médico está legalmente autorizado para actuar como su agente sólo si se lo nombra a el / ella, como tal, antes de ser admitido a un hospital (u otro centro de atención de la salud), donde su médico este empleado, y la disponibilidad para que él / ella se comprometa a ser su agente. Esta regla se aplica también a otros profesionales de la salud, empleados o hospital / hogar de ancianos empleados, tales como enfermeras o los administradores de las instalaciones. Una vez que sean admitidos en un centro de atención médica, usted no puede nombrar a uno de los empleados como su agente (a menos que sea pariente) Si su médico es su agente, él / ella no puede ser el que determine el que usted este incapaz de tomar o comunicar sus propias decisiones de atención de salud. (Este es un ejemplo del tipo de problema que puede surgir si nombra a un proveedor de cuidado de la salud como su agente).

¿Qué debería discutir con mi agente?

Una vez que haya indicado a alguien que le gustaría que él o ella sea el designado como agente de atención médica, usted debe mantener conversaciones a fondo sobre sus valores y preferencias. Estas conversaciones son importantes para que su agente pueda hablar con conocimiento en su nombre. Ellos le ayudarán a asegurarse de que su agente sienta cómodo tomando decisiones coherentes con sus valores.

Algunas preguntas para ayudar a guiar sus discusiones incluyen:

- ¿Cuáles son las cosas que hacen tu vida más digna de ser vivida?
    - o ¿Interactuar con otras personas?
    - o ¿Vivir de forma independiente?
    - o ¿Estar físicamente activo?
    - o ¿ Estar mentalmente alerta?
    - o ¿Estar en casa?
- ¿Hay condiciones en las que no quiere que su médico le prolongue su vida?
- ¿Existen puntos de vista religiosos o éticos que deben ser considerados en la planificación de su cuidado?
- ¿Cuáles son sus pensamientos y sentimientos con respecto a la donación de órganos?
- Si su agente ha sido llamado para hablar por usted, ¿Que miembros de la familia o amigos desea que el agente se ponga en contacto? ¿Hay alguien que usted no desea que el agente se comunique acerca de su cuidado?

¿Qué debo hacer una vez que haya completado el poder para la atención de la salud?

Siempre es aconsejable hablar de sus deseos y preferencias con su familia y personas más cercanas a usted – incluyendo a aquellos que no se han nombrado como su agente. Hágales saber que usted ha identificado un agente de atención médica (s) y qué significa esto. Una vez que haya completado el formulario de poder de cuidado de la salud, mantenga el original y entregue copias a su agente (s) y a su médico para que sea incluido en su expediente médico. Si es posible, lleve una copia con usted cada vez que sea admitido en el hospital. Además, hable con su médico. Continúe haciendo preguntas o inquietudes que usted pueda tener con respecto a cierta cuestión relativa al tratamiento. Su médico también debe saber acerca de las discusiones que usted ha tenido con su agente (s) y cómo esto individuos pueden ser contactados.

¿Puedo revocar un poder para la atención de la salud?

Usted puede revocar un poder para la atención de la salud en cualquier momento. Un proxy es automáticamente revocado en cualquier otro de las siguientes circunstancias:

• Que usted haya llenado otro apoderado para el cuidado de la salud en una fecha posterior

• Que usted este separado legalmente o divorciado de su cónyuge (y su cónyuge fue nombrado como su agente)

• Usted le notifique a su agente, el médico u otro proveedor de cuidado de la salud, verbalmente o por escrito, que desea revocar un poder para la atención de la salud

• Usted claramente indica de otra forma el que desea revocar un poder para la atención de la salud

FORMULARIO DEL PODER PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS

Yo, _____(“el otorgante”), con domicilio en _____, Condado _____, Massachusetts, de conformidad con lo establecido en el Capítulo 201D de las Leyes Generales de Massachusetts, nombro como mi Representante para Servicios Médicos a:
Nombre: _____Teléfono: _____
Dirección: _____Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Si el Representante para Servicios Médicos antes mencionado no estuviera disponible, nombro como mi representante alterno para servicios médicos a:
Nombre: _____Teléfono: _____
Dirección: _____Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Le otorgo a mi Representante para Servicios Médicos la autoridad para tomar a mi nombre todas las decisiones sobre mi atención médica, en caso de que yo llegara a estar incapacitado para tomarlas. Entre estas decisiones se cuentan las concernientes al inicio, continuación, descontinuación o rechazo de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para prolongar mi vida, EXCEPTO (escriba aquí las limitaciones, SI LAS HUBIERA, que usted desea ponerle a la autoridad de su Representante):

_____
_____
_____
_____
_____

Mi Representante para Servicios Médicos tomará decisiones por mí, según su entendimiento de mis deseos y mis creencias religiosas y morales. Si no se conocen mis deseos, mi Representante tomará decisiones por mí, de acuerdo a lo que considere sea para mi beneficio.

Mi Representante puede obtener cualquier información médica o toda la que haya, incluso información médica confidencial como si fuera yo quien la recibiera. Las fotocopias de este Poder para Tomar Decisiones Médicas tendrán el mismo valor y efecto que el original y podrán ser aceptadas por otros proveedores de servicios médicos.

La autoridad de mi Representante para Servicios Médicos para actuar a mi nombre regirá sólo durante el período en que mi médico de cabecera determine que no tengo la capacidad de tomar decisiones sobre mi atención médica por mí mismo o que no puedo comunicarlas.

Firmo este Poder para Tomar Decisiones Médicas el _____, 20____ en presencia de dos testigos.

Firmado: _____
(Si el otorgante no puede firmar) El otorgante no puede firmar y yo he firmado a su nombre siguiendo sus instrucciones, en su presencia y en presencia de dos testigos.

Nombre: _____
Calle: _____Ciudad/Pueblo: _____

FORMULARIO DEL PODER PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS

Nosotros, los testigos que suscriben, declaramos en presencia del otorgante que ninguno de nosotros ha sido nombrado Representante para Servicios Médicos o representante alterno para servicios médicos en este poder. Además declaramos que el otorgante firmó este instrumento como su Poder para Tomar Decisiones Médicas, o dio instrucciones en nuestra presencia para su cumplimiento; que cada uno de nosotros firma este Poder para Tomar Decisiones Médicas como testigo en presencia del otorgante y que a nuestro leal saber él/ella tiene dieciocho (18) años de edad o más, está en pleno uso de sus facultades mentales, y no ha sido coaccionado ni intimidado.

Testigo: _____Nombre en letra de molde:_____
Dirección: _____

Testigo: _____Nombre en letra de molde:_____
Dirección: _____

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA SERVICIOS MÉDICOS (OPCIONAL)

Representante para Servicios Médicos: He sido nombrado por _____ ("el otorgante") como su **Representante para Servicios Médicos** por vía de su Poder para Tomar Decisiones Médicas y por este medio acepto el nombramiento. El otorgante me ha comunicado sus deseos sobre su cuidado médico en caso de una posible incapacidad y yo trataré de ejecutar esos deseos. No soy dueño, administrador o empleado del hospital, asilo de ancianos, casa de reposo, asilo de veteranos ancianos ni de ningún otro centro de atención médica donde el otorgante sea paciente o residente en la actualidad, o al que haya solicitado su ingreso; si lo fuera, también estoy emparentado con el otorgante por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma del **Representante para Servicios Médicos:** _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE ALTERNO PARA SERVICIOS MÉDICOS (OPCIONAL)

Alterno: He sido nombrado por _____ ("el otorgante") como su **Representante Alterno para Servicios Médicos** por vía de su Poder para Tomar Decisiones Médicas y por este medio acepto el nombramiento. El otorgante me ha comunicado sus deseos sobre su cuidado médico en caso de una posible incapacidad y yo trataré de ejecutar esos deseos. No soy dueño, administrador o empleado del hospital, asilo de ancianos, casa de reposo, asilo de veteranos ancianos ni de ningún otro centro de atención médica donde el otorgante sea paciente o residente en la actualidad, o al que haya solicitado su ingreso; si lo fuera, también estoy emparentado con el otorgante por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma del **Representante Alterno para Servicios Médicos**: _____ Fecha: _____

Este Poder para Tomar Decisiones Médicas fue preparado por la Sociedad de la Región Central de Massachusetts para Mejorar la Atención Médica al Final de la Vida (*Central Massachusetts Partnership to Improve Care at the End of Life).* La Sociedad otorga su autorización para reproducir este documento completo, siempre y cuando las copias muestren la fuente y esta declaración. 12/03