Guía de planificación anticipada de la atención para Carolina del Norte



Sentara®

Índice

Protección del derecho a controlar las decisiones sobre la atención médica.....3

Conversaciones importantes.....4

Términos que debe conocer.....5

¿Qué facultades le otorgo a mi representante de atención médica?.....8

Formulario de acuerdo de registro.....10

Formulario para el plan anticipado de atención (instrucción anticipada).....11-12

Hojas de trabajo de planificación anticipada de la atención.....13-15

Preguntas y respuestas.....17

Proteja su derecho a controlar las decisiones sobre su atención médica.

La atención médica es de vital importancia para todos. Sin importar dónde se encuentre, sea cual sea la situación, lo que quiere es asegurarse de recibir un excelente tratamiento médico. Pero, lo que es más importante, quiere que se entiendan y respeten sus elecciones médicas.

La ley protege su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica, incluso cuando se encuentra demasiado enfermo o lesionado para dar a conocer sus deseos. Estos «derechos» le permiten controlar sus elecciones en los momentos más difíciles de su vida. Puede optar por aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico que se ofrezca. Sus médicos le informarán sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas y las posibles alternativas.

¿Cómo puede estar seguro de que sus elecciones se respetarán si no está en condiciones de hablar por sí mismo? Si lo planifica ahora, con anticipación, puede asegurarse de que se conozcan sus deseos, de recibir la atención que quiere y además aliviaría a su familia de la difícil y estresante tarea de tomar decisiones. Usted decide, por escrito y de forma anticipada, cuáles son sus elecciones de atención médica en caso de no poder hablar por sí mismo y puede solicitar el tipo de tratamiento médico que desea, o no, ante una enfermedad terminal, o si sufre una lesión cerebral permanente y grave sin esperanza de mejora o recuperación. Puede informar a su familia, amigos, médicos y proveedores de atención médica sus preferencias de tratamiento a través de su plan anticipado de atención (instrucción anticipada).

Cuéntenos sus valores y creencias sobre su atención médica.

Tómese el tiempo de conversar con su médico y su familia.

Sea siempre sincero y honesto.

No deje dudas sobre sus valores y preferencias.

Mantenga sus documentos actualizados y al alcance.

Queremos conocer sus deseos para poder hacerlos realidad.

Para completar un plan anticipado de atención:

- Ingrese a sentara.com/AdvanceDirectives
- Para obtener ayuda, llame a Sentara Center for Healthcare Ethics al (757) 252-9550 o al 1-800-Sentara (736-8272).
- Comuníquese con el hospital de Sentara más cercano o pregúntele a su médico o proveedor de atención médica.

Discusiones importantes sobre sus elecciones de atención médica

Un plan anticipado de atención puede determinar su experiencia durante un periodo de discapacidad o en la etapa final de su vida. Es probable que tanto usted como su familia tengan que enfrentar decisiones cruciales sobre un tratamiento. Respetamos su derecho a tomar decisiones individuales basadas en la información médica que se le ha proporcionado y sus creencias y valores personales. Puede ayudar a que los demás respeten sus deseos en ciertas situaciones si toma medidas de anticipadas para hablar sobre sus creencias y valores personales.

¿Cómo puede asegurarse de que su familia sepa cuáles son sus creencias y valores sobre su atención médica? Una forma de hacerlo es desarrollar su propio «historial de valores» y entender de forma clara su salud. Por ejemplo, puede discutir sobre sus valores y deseos con sus seres queridos o asesores, o anotar sus respuestas a preguntas como las siguientes:

- ¿Qué sé y qué siento sobre mi situación de salud hoy?
- ¿Qué complicaciones podría experimentar a causa de mi afección de salud actual?
- ¿Es importante para mí ser independiente y autosuficiente en mi vida?
- ¿Qué pienso sobre las enfermedades, las discapacidades, el final de la vida y la muerte?
- ¿Qué pienso sobre donar mis órganos?
- ¿Qué pienso sobre donar mi cuerpo a la ciencia para investigaciones?
- ¿Cómo afectan mis relaciones personales la toma de decisiones médicas?
- ¿Qué rol deseo que desempeñen mis médicos y otras personas en la toma de decisiones médicas?
- ¿En qué tipo de entorno me interesa vivir?
- ¿Qué papel desempeñan las creencias religiosas, espirituales, étnicas o culturales en mi vida?
- ¿Qué pienso sobre la vida en general, es decir, mis esperanzas y miedos, mis alegrías y tristezas?



Puede encontrar el formulario del plan anticipado de atención en el centro de este folleto, también se encuentra disponible en sentara.com/AdvanceDirectives **o llamando al 1-800-SENTARA (736-8272).**



Términos que debe conocer

Los siguientes términos se mencionan en este folleto. Esperamos que esta lista le ayude a entender algunos términos y qué significan para usted al momento de tomar decisiones sobre su atención médica para el futuro.

Plan anticipado de atención

Un plan anticipado de atención es otro término que se refiere a la instrucción anticipada o el testamento vital. Si bien el contenido puede ser el mismo o similar, la principal diferencia es que un plan anticipado de atención pone más énfasis en la conversación sobre sus deseos con la familia, los médicos y los asesores espirituales.

Planificación anticipada de la atención

Es un proceso en el que se toman decisiones antes de padecer una enfermedad o lesión, con el fin de planificar con su familia, médicos o guías espirituales qué decisiones tomaría en caso de no poder comunicarlas por sí mismo. A veces, la conversación se realiza con un facilitador capacitado de planificación anticipada de la atención.

Reanimación cardiopulmonar (RCP)

La RCP consiste en compresiones torácicas, medicaciones, descargas eléctricas y una sonda de respiración conectada a un respirador mecánico. Los riesgos y beneficios de este tratamiento deben analizarse con su médico cuando se produce un cambio en su salud o si padece una enfermedad grave o que ponga en riesgo su vida.

Declarante/principal

"Declarante" es otro término para referirse a una persona que firma una instrucción anticipada para una muerte natural. "Principal" hace referencia a la persona que designa a uno o más representantes de atención médica en virtud de un poder notarial de atención médica. Como el declarante y el principal son la misma persona, estos términos suelen usarse indistintamente.

Orden de no reanimar (ONR)

En un hospital u otro centro de atención médica, la ONR es una orden del médico para evitar las maniobras de RCP en caso de que el corazón o la respiración se detengan (paro cardíaco o respiratorio). Un plan anticipado de atención no se convierte de forma automática en una orden de no reanimar (ONR). Esto debe ser analizado e implementado por su médico.

Términos que debe conocer (continuación)

Representante de atención médica

Es un adulto designado por usted para tomar decisiones de atención médica en su nombre. Esta persona habla por usted solo cuando usted ya no puede hablar por sí mismo. Si comunicó sus deseos a través de un plan anticipado de atención o analizó de forma personal sus deseos con el representante de atención médica, esta persona está obligada por ley a tomar decisiones

de acuerdo con sus deseos. Si le otorga el derecho a tomar decisiones diferentes, o si no conoce sus deseos, los tratamientos alternativos deben basarse en las preferencias conocidas del paciente o, si se desconocen, en lo que más favorezca al paciente. Este representante también puede identificarse como apoderado médico o apoderado de atención médica, según la fuente del documento.

Procedimiento para prolongar la vida

Cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica que: (i) utilice medios mecánicos u otros medios artificiales para mantener y prolongar la vida si no tiene expectativas razonables de recuperación ante una afección terminal; y (ii) cuando se le aplica cuando padece una afección terminal, solo sirve para prolongar el proceso de muerte. El término incluye la hidratación y nutrición administradas de forma artificial. Los procedimientos para prolongar la vida no incluyen la administración de medicación ni la realización de ningún procedimiento médico necesario para brindarle atención para aliviar el dolor.

Testamento vital

Con frecuencia se considera como instrucciones médicas solo para el final de la vida, un testamento vital puede registrar las preferencias de atención médica o sus creencias y valores para cualquier crisis de atención médica. Este «plan» ahora se incorpora en los planes anticipados de atención y forma parte de un proceso más amplio. Los términos testamento vital, instrucción anticipada y plan anticipado de atención suelen utilizarse con el mismo significado.

Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (MOST)

Es una orden escrita del médico que incluye indicaciones para realizar o no la RCP en caso de un paro cardíaco o respiratorio, pero también puede incluir pedidos de otras opciones de tratamientos. Al igual que la orden de no reanimar portátil (PDNR), el paciente puede llevar consigo este formulario. Los formularios MOST están clasificados en el Estatuto de Carolina del Norte y cumplen con los mismos requisitos reglamentarios de las medidas de reanimación que la PDNR, que serán respetados por los servicios médicos de emergencia.

Donación de órganos y tejidos

Se refiere a la donación de sus órganos (como el corazón, los pulmones, el hígado o los riñones) u otras partes del cuerpo (como las córneas, la piel y los huesos) después de su muerte.

Estado vegetativo constante

Es una afección, causada por una lesión o enfermedad, que provoca una pérdida de conocimiento sin evidencia conductual de autoconciencia o conciencia del entorno y de la cual, en un grado razonable de probabilidad médica, no puede haber recuperación. Es probable que los ojos se abran y que el cuerpo se mueva, pero es involuntario o sin pensamiento consciente.

Orden de no reanimar portátil (PDNR)

Es una orden escrita por un proveedor para suspender la RCP en caso de paro cardíaco o respiratorio que el paciente puede llevar consigo. Para que los servicios médicos de emergencia la respeten, la DNR debe estar en un formulario aprobado por el Estado, como una PDNR o MOST.

Términos que debe conocer (continuación)

Sustituto responsable de la toma de decisiones

Personas designadas por ley para tomar decisiones de atención médica en su nombre, cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo, si no ha nombrado a un representante de atención médica en un plan anticipado de atención. Por orden de prioridad, esas personas son las siguientes:

1. Un tutor del paciente.
2. Un representante de atención médica designado a través de un poder notarial válido de atención médica.
3. El apoderado del paciente, si es que recibió estas facultades por parte del paciente.
4. El cónyuge legal del paciente.
5. La mayoría de los padres e hijos adultos del paciente.
6. La mayoría de los hermanos adultos del paciente.
7. Cualquier persona adulta que haya establecido una relación con el paciente, que actúe de buena fe en nombre del paciente y que pueda transmitir de forma fiable los deseos del paciente.

Afección terminal

Afección avanzada e irreversible causada por una lesión o enfermedad que no tiene cura y de la que los médicos prevén que la persona morirá, incluso con el tratamiento médico máximo. Los tratamientos de soporte vital no mejorarán la afección de la persona y solo prolongarán el proceso de muerte.

Testigo

Es una persona que verificará su firma en el plan anticipado de atención. La instrucción anticipada para una muerte natural de Carolina del Norte o el poder notarial médico deben estar atestiguados por dos personas mayores de 18 años y un notario.

Todos los testigos deben cumplir con los siguientes requisitos:

- No deben tener parentesco por consanguinidad ni estar casados con el declarante.
- No deben tener una expectativa razonable de recibir parte alguna del patrimonio del declarante a su fallecimiento, ya sea conforme a un testamento o codicilo vigente del declarante, o en virtud de la Ley de Sucesión Intestada.
- No pueden ser el médico tratante, un proveedor de atención médica con licencia que sea empleado remunerado del médico tratante, un empleado remunerado de un centro médico donde el declarante sea paciente, ni un empleado de un hogar de ancianos o de un centro de atención para adultos donde resida el declarante (se excluye al notario público).
- No deben tener ningún reclamo contra el declarante ni contra su patrimonio al momento de la declaración.
- El documento debe acreditarse ante un secretario judicial o un notario público.



¿Qué facultades le otorgo a mi representante de atención médica?

Una vez que se haya determinado que ya no puede hablar por sí mismo, su representante de atención médica podrá realizar lo siguiente:

- Autorizar, rechazar o retirar cualquier tipo de tratamiento de atención médica, procedimiento quirúrgico, procedimiento de diagnóstico, medicación y uso de procedimientos mecánicos u otros que afecten cualquier función corporal, incluidos, entre otros, respiración artificial, nutrición e hidratación administrada en forma artificial y reanimación cardiopulmonar. Esta autorización incluye específicamente la facultad de consentir la administración de dosis de medicación para aliviar el dolor en cantidad suficiente para aliviarlo, aunque dicha medicación conlleve el riesgo de adicción o de acelerar inadvertidamente su muerte.
- Solicitar, recibir y revisar información relacionada con su salud física o mental, y permitir la divulgación de esta información.
- Contratar y cancelar los servicios de los proveedores de atención médica.
- Autorizar la admisión o el alta en cualquier centro de atención médica.
- La facultad de autorizar la administración o la negativa de tratamiento de salud mental.
- Autorizar la participación en una investigación de atención médica.
- Iniciar acciones legales que puedan ser necesarias para llevar a cabo estas decisiones, incluida la exención de responsabilidad a los proveedores médicos.

Pueden aplicarse otras disposiciones o limitaciones. Para ver la lista completa, consulte el Código de Carolina del Norte § 32A-15 y siguientes.

Su representante no tiene el poder de tomar decisiones sobre quién puede visitarlo; si desea otorgarle esta capacidad, coloque sus iniciales en la sección correspondiente en su plan anticipado de atención.

NOTA: Las facultades del representante de atención médica pueden autorizarse o limitarse a través de los documentos de la planificación anticipada de la atención.

“Tener el plan anticipado de atención de mi madre facilitó mucho las cosas en ese momento tan complicado. Ahora estoy haciendo lo mismo con mi familia.”



Mi plan anticipado de atención

Mantenga una conversación: no deje con dudas a su familia sobre sus deseos de atención médica.

- Utilice el formulario adjunto para documentar lo que desea con respecto a su atención médica.
- Recuerde que lo más importante a la hora de tomar decisiones médicas es poder discutir sobre ellas.
- Hable sobre su plan anticipado de atención con su familia y sus representantes de atención médica.
- Hable de ello con su médico.

Si tiene preguntas sobre las decisiones médicas o cómo completar su plan anticipado de atención, llame a Sentara Center for Healthcare Ethics al 757-252-9550 para obtener ayuda.

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame al 844-809-6648.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-809-6648 번으로 전화해 주십시오.

注意：如果您讲中文普通话，则将为您提供免费的语言辅助服务，请致电 844-809-6648。

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 844-809-6648.

Sentara cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no excluye, niega beneficios ni discrimina a ninguna persona por motivos de raza, cultura, color, religión, estado civil, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, discapacidad o fuente de pago.

U.S. Advance Care Plan Registry® (previamente U.S. Living Will Registry)

Sentara ofrece este servicio GRATUITO a nuestra comunidad. Puede conservar su plan anticipado de atención en este registro para que esté disponible para cualquier proveedor de atención médica en Virginia y Carolina del Norte, y también para todos los proveedores dentro de los EE. UU. Una vez registrado, recibirá un acuse de recibo junto con una tarjeta de bolsillo y etiquetas para sus tarjetas de id. que advertirán a los profesionales médicos de que tiene un plan de atención avanzada registrado y el número 800 para que puedan tener acceso.

Si desea que se registre su documento, debe completar el registro en U.S. Advance Care Plan Registry® (previamente U.S. Living Will Registry), otorgando los permisos para almacenar su plan anticipado de atención y facilitarlo así a cualquier centro de atención médica que solicite una copia, y adjuntar su plan anticipado de atención.

¿Qué hago con mi plan anticipado de atención (ACP)?

1. Tenga suficientes copias* y proporcione una a las siguientes personas:
   - sus representantes de atención médica designados
   - familiares
   - médico
   - U.S. Living Will Registry a través de Sentara Center for Healthcare Ethics **

2. Mantenga el original en un lugar seguro y accesible.

3. ** Envíe una copia de su documento por correo postal a la siguiente dirección:

Sentara Center for Healthcare Ethics
1330 Sentara Park
Virginia Beach, VA 23464

o por fax a nuestra línea segura al 757-965-2804.

** Las copias equivalen al original en Virginia.*

Acuerdo de registro de U.S. Advance Care Plan Registry®

Información de identificación de la persona que completa el registro (Utilice letra clara). **CÓDIGO FUENTE:** 36901001
Registrant's Identifying Information *(Please print clearly)* ***SOURCE CODE:*** *36901001*

Nombre: Primer nombre_____ Segundo nombre_____ Apellido_____ Sufijo_____
Name: First Middle Last Suffix

Fecha de nacimiento: Mes_____Día_____Año_____ (4 dígitos)
Date of birth: Month Day Year *(4 digits)*

Dirección:_____N.º de departamento_____
Street Address Apt #

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
City State Zipcode

N.º de teléfono principal: (_____) _____-_____N.º de teléfono alternativo: (____) _____-_____
Primary Phone # Alternate phone#

Dirección de correo electrónico:_____(Si la persona que completa el registro no tiene una dirección de correo electrónico, escriba en su lugar la dirección de correo electrónico del contacto de emergencia).

Los recordatorios de las actualizaciones anuales se enviarán por correo electrónico; nunca se compartirán ni venderán las direcciones de correo electrónico.

Nombre del contacto de emergencia:_____
Emergency Contact Name

N.º de teléfono: (_____) _____-_____
Phone #

Yo,_____ (la "persona que completa el registro" o "yo") autorizo a U.S. Advance Care Plan Registry®, con la siguiente dirección postal P.O. Box 2789 Westfield, NJ 07091-2789 (el "registro"), a almacenar de forma electrónica una copia de mis documentos de planificación de atención avanzada que entregue al registro por medio de este formulario o que envíe posteriormente, incluidos, entre otros, una instrucción anticipada, un testamento vital, un poder para la atención médica, un poder notarial duradero para la atención médica o asuntos financieros, órdenes médicas para tratamientos de soporte vital (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST), órdenes del profesional de salud para tratamientos de soporte vital (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment; POLST), órdenes de no reanimar (Do Not Resuscitate, DNR), deseos sobre la donación de órganos e información de contacto en caso de emergencia (en adelante, los "documentos"). Además, autorizo al registro a proporcionar una copia de los documentos almacenados a cualquier proveedor de atención médica u otra persona encargada, según se crea, de dar cumplimiento a mis documentos o de colaborar con ello, que los solicite en relación con mi atención, siempre que dicha solicitud sea coherente con las políticas y los procedimientos del registro, o cuando el registro lo considere conveniente en una situación de emergencia, o cuando así lo exija la ley. Los documentos que proporciono son mis documentos actuales y vigentes, firmados y atestiguados conforme a la ley del estado en el que resido.

Por la presente, autorizo al registro a proporcionar una copia de mis documentos a hospitales, médicos u otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención, o a cualquier persona que tenga acceso a la tarjeta de identificación que el registro me haya entregado. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Acepto notificar inmediatamente al registro si decido revocar o modificar los documentos almacenados en el registro y entregarle al registro una copia de cualquier documento adicional que firme. Comprendo que, a menos que anule esta autorización o informe al registro sobre la revocación o las modificaciones en mis documentos, los documentos almacenados en el registro se proporcionarán a los proveedores de atención médica conforme a las políticas y prácticas del registro.

Comprendo que el registro no garantiza la validez de mis documentos conforme a las leyes federales o estatales y que no asume ninguna responsabilidad por las acciones que tomen los proveedores de atención médica en relación con mis documentos. Por la presente, renuncio a todo reclamo legal contra el registro por las acciones u omisiones de cualquier proveedor de atención médica que reciba una copia de mis documentos del registro, así como por cualquier daño derivado de la transmisión o divulgación de los documentos que entregue al registro. El registro no será responsable por la pérdida, destrucción o falta de disponibilidad total o parcial de mis documentos.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso de revocación por escrito al registro. Este acuerdo permanecerá en vigencia hasta que yo lo revoque, hasta que se rescinda conforme al acuerdo entre el registro y yo, o hasta que se cancele la inscripción de acuerdo con las políticas y los procedimientos del registro. Comprendo que, cuando se rescinda el acuerdo, el registro eliminará mis documentos de sus archivos.

Comprendo que cualquier persona que obtenga acceso a mi tarjeta de identificación emitida por el registro puede utilizarla para acceder a mis documentos y a mi información personal almacenados en el registro, y no haré responsable al registro por dicho acceso, ya sea autorizado o no.

Por la presente, acepto los términos establecidos en este documento.

X_____ Fecha_____/_____/_____
Firma de la persona que completa el registro

Sentara®

ADVD

Mi plan anticipado de atención: Carolina del Norte
My Advance Care Plan—North Carolina

Comunicado de mis deseos de atención médica
Communicating my healthcare wishes

Nombre _____ Número del Seguro Social XXX - XX - _____
Name *Social security number XXX - XX -*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

Teléfono: (_____) _____ Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____
Phone: *Date of birth*

(Tache cualquier sección que no desee incluir en el documento).
(Cross out any section(s) you do not wish to include in your document.)

Sección 1: Representante de atención médica
Section 1: Healthcare agent

Si no puedo tomar decisiones por mí mismo, o no puedo comunicar mis deseos de atención médica sobre el tratamiento, nombro a las personas indicadas a continuación como mis representantes de atención médica designados, que comunicarán mis deseos a los proveedores de atención médica. Exijo a mis proveedores de atención médica y a mi familia que respeten y cumplan mis deseos.
If I am unable to make decisions for myself, or unable to communicate my healthcare wishes about treatment, I appoint the person(s) listed below to be my designated healthcare agent(s), who will make my wishes known to my healthcare providers. I direct my healthcare providers and family to respect and honor my wishes.

Representante de atención médica principal
Primary healthcare agent

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____
Name *Phone:*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

Representante de atención médica secundario
Secondary healthcare agent

Nombre _____ Teléfono: (_____) _____
Name *Phone:*

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address *City* *State* *Zip*

_____ Si coloco mis iniciales en esta fila, mi representante TENDRÁ autoridad para restringir los visitantes en un centro de atención médica.
(Iniciales) / *(Initials)* *If I initial this line, my agent WILL have the authority to restrict visitors in a healthcare facility.*

Sección 2: Instrucción anticipada para una muerte natural
Section 2: Advance directive for a natural death

La información que figura a continuación orientará las decisiones de su representante de atención médica y sus proveedores si usted ya no puede tomar decisiones por sí mismo. **Escriba sus iniciales** al lado de cada instrucción que desee que se incluya.
The below information will guide the decisions of your healthcare agent and providers if you can no longer make decisions for yourself. ***Initial*** *beside any below instructions you wish to include.*

Si no tengo una comprensión suficiente ni la capacidad de comunicar mis decisiones de atención médica y:
If *I lack sufficient understanding or capacity to make or communicate decisions relating to my healthcare, and:*

_____ Tengo una afección incurable o irreversible que provocará mi muerte en un periodo relativamente corto.
(Iniciales) / *(Initials)* *I have an incurable or irreversible condition that will result in my death within a relatively short period of time.*

_____ Pierdo la consciencia y los proveedores de atención médica determinan, con un grado alto de certeza médica, que nunca volveré a recuperarla.
(Iniciales) / *(Initials)* *I become unconscious, and my healthcare providers determine, to a high degree of medical certainty, I will never regain consciousness.*

_____ Sufro de demencia avanzada u otra afección que provoque la pérdida de mi capacidad cognitiva y los proveedores de atención médica determinan, con un grado alto de certeza médica, que la pérdida no es reversible.
(Iniciales) / *(Initials)* *I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my cognitive ability and my healthcare providers determine, to a high degree of medical certainty, this loss is not reversable.*

Sentara®

Entonces:
Then:

_____ (Iniciales) / *(Initials)* No deseo recibir ningún tratamiento para prolongar mi vida. Esto incluye alimentación por sonda, líquidos intravenosos, reanimación cardiopulmonar (RCP), respirador (respirador mecánico), diálisis renal o antibióticos. Soy consciente de que esta declaración autoriza a un médico a abstenerse de administrar o suspender estas medidas para prolongar la vida. Aún recibiré tratamiento para aliviar el dolor y hacerme sentir cómodo. **O**

I do not want any treatments to prolong my life. This includes tube feeding, IV fluids, cardiopulmonary resuscitation (CPR), ventilator/respirator (breathing machine), kidney dialysis or antibiotics. I am aware that this declaration authorizes a physician to withhold or discontinue these life prolonging measures. I will still receive treatment to relieve pain and make me comfortable. ***OR***

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo todos los tratamientos que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

I want all treatments to prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted healthcare standards.

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Si corresponde desde el punto de vista médico, deseo incluir las siguientes instrucciones de tratamiento: _____
If medically appropriate, I wish to include the following treatment instructions:

_____

_____

Sección 3: Donación de cuerpo (cuerpo entero) o donación de órganos
Section 3: Anatomical gift (whole body) or organ donation

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo ser donante de órganos
I wish to be an organ donor

O
OR

_____ (Iniciales) / *(Initials)* Deseo ser donante de cuerpo (cuerpo entero).
I wish to be an anatomical gift (whole body) donor

Para obtener más información y completar el registro para ser donante de órganos o de cuerpo (cuerpo completo), visite los programas locales o estatales de donación de órganos o de cuerpo.
For more information and to complete the registration to be an organ donor or anatomical gift (whole body) donor, please visit your local/state organ and/or anatomical donation programs

Sección 4: Si tengo un representante de atención médica
Section 4: If I have an available healthcare agent

Si he designado a un representante de atención médica en la sección 1 de este plan anticipado de atención o un documento similar, y el representante da instrucciones sobre la prolongación de la vida que ***difieren*** de mis deseos expresados en esos documentos, entonces:
If I have appointed a healthcare agent in Section 1 of this advance care plan or other similar document, and a healthcare agent gives instructions about prolonging life that ***differ from*** *my wishes expressed in those documents, then:*

_____ (Iniciales) / *(Initials)* **Que se siga este plan anticipado de atención.** El representante de atención médica ***no*** tiene la autoridad para dejar sin efecto mis deseos expresados.
Follow this advance care plan. *My healthcare agent* ***does not*** *have the authority to override my expressed wishes.*

_____ (Iniciales) / *(Initials)* **Que se sigan las instrucciones del representante de atención médica.** El representante de atención médica ***sí*** tiene la autoridad para dejar sin efecto mis deseos expresados.
Follow the healthcare agent. *My healthcare agent* ***has*** *the authority to override my expressed wishes.*

NOTA: No escriba sus iniciales en ambas líneas. Si **NO** escribe sus iniciales en ninguna de las líneas, los proveedores de atención médica no tendrán en cuenta ninguna instrucción del representante de atención médica sobre la prolongación de la vida que difieran de los deseos expresados en este plan anticipado de atención o en un documento similar.
NOTE: *Do not initial both lines. If you* ***DO NOT*** *initial either line, your healthcare providers will disregard any instructions from your healthcare agent(s) about prolonging life that differ from the wishes contained in this advance care plan or other similar documents.*

Sección 5: Firmas (obligatorias)
Section 5: Signatures (required)

Al firmar a continuación, indico que comprendo este documento y que lo estoy ejecutando de buen grado y voluntariamente. También comprendo que puedo revocar todo o parte del mismo en cualquier momento según lo dispuesto por la ley.
By signing below, I indicate that I understand this document and I am willingly and voluntarily executing it. I also understand that I may revoke all or any part of it at any time as provided by law.

Mi firma _____ **Fecha** _____
My signature ***Date***

Dos firmas de testigos y notarización (obligatorias)
Two witness signatures and notarization (required)

Por la presente, declaro que el declarante/principal, en pleno uso de sus facultades mentales, firmó este documento en mi presencia. No tengo parentesco con el declarante/principal ni por consanguinidad ni por matrimonio y no tengo derecho a ninguna parte de su herencia conforme a un testamento o codicilo existente, ni como heredero según la Ley de Sucesión Intestada si el principal falleciera en esta fecha sin testamento. También declaro que no soy el médico tratante del declarante/principal, ni un proveedor de atención médica con licencia que sea empleado del médico tratante, ni empleado del centro de atención médica donde el declarante/principal es paciente, ni empleado de un hogar de ancianos o de un centro de atención para adultos donde reside el declarante/principal. Asimismo, declaro que no tengo ningún reclamo contra el declarante/principal ni contra su herencia.
I hereby state that the declarant/principal being of sound mind, signed this document in my presence. I am not related to the declarant/principal by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the declarant/principal under any existing will or codicil, or as an heir under the Intestate Succession Act if the principal died on this date without a will. I also state that I am not the declarant/principal's attending physician, nor a licensed healthcare provider who is an employee of the attending physician, an employee of the healthcare facility in which the declarant/principal is a patient, or an employee of a nursing home or adult care home where the declarant/principal resides. I further state that I do not have any claim against the declarant/principal or the estate of the declarant/principal.

Firma del testigo n.º 1 _____ **Fecha** _____
Witness signature #1 ***Date***

Firma del testigo n.º 2 _____ **Fecha** _____
Witness signature #2 ***Date***

_____ Condado, _____ Estado
County, *State*

Jurado (o afirmado) y suscrito ante mí el día de hoy por: _____ **(Nombre del declarante en letra imprenta)**
Sworn to (or affirmed) and subscribed to me this day by: ***(Print declarant name)***

_____ **(Nombre del testigo n.º 1 en letra imprenta)**
(Print witness #1 name)

_____ **(Nombre del testigo n.º 2 en letra imprenta)**
(Print witness #2 name)

Fecha _____
Date

Firma del notario _____
Notary signature

(Sello oficial)
(Official seal)

Nombre del notario _____, Notario público
Notary name *Notary Public*

Fecha de vencimiento de mi comisión _____
My commission expires

Identificación del paciente
Patient label

Hoja de trabajo de planificación anticipada de la atención

Una ayuda para que pueda planificar antes de completar su plan anticipado de atención

¿Qué es importante para usted?

Responda a estas afirmaciones marcando con un círculo un número del 1 al 5, donde 1 significa que **no es importante** y 5 que es **muy importante** para usted.

	no es importante				es muy importante
Vivir el mayor tiempo posible (sin importar la calidad de vida)	1	2	3	4	5
Morir de manera natural, sin utilizar tratamientos médicos de soporte vital (RCP, respirador, diálisis, sonda de alimentación, etc.)	1	2	3	4	5
Ser independiente (poder cuidar de mí mismo, alimentarme/bañarme)	1	2	3	4	5
Estar alerta con la familia/los amigos (aunque eso signifique que mi dolor esté menos controlado)	1	2	3	4	5
Recibir atención centrada en aliviar el dolor y controlar los síntomas (aunque eso signifique estar menos alerta con la familia/los amigos)	1	2	3	4	5
Recibir cuidados en el hogar al final de la vida	1	2	3	4	5
Seguir creencias y tradiciones espirituales específicas (explíquelas a continuación)	1	2	3	4	5

Otros aspectos o experiencias que considere importantes:_____

_____

_____

¿Tiene alguna opinión firme acerca de alguno de los siguientes tratamientos médicos?

RCP: _____

Respiración artificial o mediante un respirador: _____

Sonda de alimentación o hidratación intravenosa: _____

Diálisis:_____

Quimio o radioterapia: _____

Adaptado de la hoja de trabajo de valores publicada por Group Health Cooperative, Seattle, Washington

Solo para consulta, no como parte del registro médico.

Hoja de trabajo de planificación anticipada de la atención

Lleve un registro de su plan anticipado de atención

Una vez que haya completado su plan anticipado de atención, debe hacer copias. Guarde el original y envíe copias a sus representantes de atención médica, a otros familiares que es probable lo acompañen durante su estadía en el hospital, a su médico de atención primaria y a US Living Will Registry*. Lleve una lista de todas las personas que tienen una copia del documento a continuación:

1) Representante de atención médica principal: _____

2) Representante de atención médica secundario: _____

3) Médico de atención primaria: _____

4) Otro familiar/amigo: _____

5) Otro familiar/amigo: _____

6) Otro familiar/amigo: _____

7) Otro familiar/amigo: _____

8) Otro familiar/amigo: _____

Otros lugares donde ha guardado copias: _____

_____

_____

_____

Recuerde: cada vez que actualice su documento, debe enviar una copia actualizada a quienes conserven una copia del documento anterior.

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional, comuníquese con Sentara Center for Healthcare Ethics:

757-252-9550 o 1-800-SENTARA, TDD/TTY servicio de retransmisión 7-1-1.

Solo para consulta, no como parte del registro médico.

Hoja de trabajo de planificación anticipada de la atención (continuación)

Nota: El U.S. Advance Care Plan Registry® (previamente U.S. Living Will Registry) permite que su documento esté disponible para otros profesionales.

Para conservar su documento en el registro, envíelo por correo postal al siguiente domicilio:

Sentara Center for Healthcare Ethics
ATTN: U.S. Advance Care Plan Registry®
1330 Sentara Park
Virginia Beach, VA 23464
o por fax al 757-965-2804

Esto también le permitirá al personal incluir una copia en su registro médico para que sea de fácil acceso para el personal médico.

Cuéntele a un amigo

Ahora que ha creado su propio plan anticipado de atención, recomiende a sus amigos y familiares a completar el de ellos.

Los formularios adicionales están disponibles en sentara.com/AdvanceDirectives, o llame al 757-252-9550 para que le envíen los folletos por correo postal.

Opcional: anote aquí con quién debe hablar sobre la planificación anticipada de la atención.

_____

_____

_____

Preguntas y respuestas sobre sus derechos a recibir atención médica

P **Si creo un plan anticipado de atención, ¿recibiré tratamiento médico?**

R **Sí.** Su plan anticipado de atención incluye el tipo de tratamientos médicos que DESEA o NO desea. Incluso si decide no recibir un tratamiento para prolongar su vida cuando tiene una afección terminal, pueden proporcionarse muchos tratamientos médicos para controlar los síntomas, aliviar el dolor y brindarles apoyo a usted y a su familia.

P **Creé un plan anticipado de atención hace varios años. ¿Sigue vigente?**

R **Sí.** Los planes anticipados de atención son válidos hasta que se revocan. Continúe leyendo para aprender cómo realizar cambios o revocar el documento. Sin embargo, es importante revisar el documento al menos una vez al año o cada vez que haya un cambio en la atención médica.

P **¿Qué sucede si cambio de opinión?**

R Puede revocar o modificar los documentos de la planificación anticipada de la atención en cualquier momento. Es su plan y debe cambiar a medida que cambie su salud.

P **¿El médico que me atiende puede ser testigo de mi firma en los documentos de planificación anticipada de la atención?**

R **No.** Las leyes de Carolina del Norte no permiten que el médico que lo atiende atestigüe los documentos de planificación anticipada de la atención. Consulte la sección "Testigo/Notario" para ver una lista detallada de quién puede ser testigo.

P **¿Cómo puedo estar seguro de que se respetarán mis deseos?**

R La ley exige que el representante de atención médica o su sustituto responsable de la toma de decisiones médicas sigan los deseos indicados, a menos que en los documentos se indique específicamente que el representante de atención médica tiene el derecho a anular el documento. Si sus deseos no son claros, esa persona debe utilizar lo que conoce sobre sus deseos y valores para tomar las decisiones que usted habría tomado por sí mismo.

P **¿Tengo que usar el formulario que proporciona Carolina del Norte?**

R **No.** Hay varios formularios disponibles y los abogados suelen incluir una instrucción anticipada para una muerte natural o un poder notarial de atención médica en otros documentos de planificación estatal. Siempre y cuando estos documentos cumplan con las disposiciones pertinentes del Código de Carolina del Norte, no es obligatorio usar un formulario específico.

P **¿A quién debo elegir como mi representante de atención médica?**

R Esta es una elección importante, ya que su representante de atención médica tendrá la autoridad para dirigir su atención médica si usted está demasiado enfermo o lesionado para tomar una decisión informada. Debe hablar con la persona que desea que sea su representante de atención médica para explicarle sus intenciones, analizar si entiende sus deseos y confirmar su predisposición de actuar en su nombre. Elija a alguien que entienda sus valores y elecciones, y que esté dispuesto a respetarlos.

P **¿Qué sucede si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica?**

R En primer lugar, dos médicos deben acordar que usted es incapaz de tomar y comunicar sus propias decisiones. Si esto sucede, sus proveedores de atención médica trabajarán con el representante de atención médica que designe en su plan anticipado

de atención o con un sustituto responsable de la toma de decisiones médicas (consulte la sección de definiciones) para determinar el mejor tratamiento que sea coherente con sus deseos expresados previamente. Es por esto que es importante hablar con sus médicos y con las personas más cercanas a usted sobre sus valores y sus deseos. Esto aliviará a las personas que se preocupan por usted de parte del estrés que experimentarán si se enferma de forma grave y no puede comunicarse.

P ¿Puede un médico anular mi plan anticipado de atención?

R **No.** Sin embargo, cualquier atención médica que se preste debe ser legal, ética y adecuada a la situación desde el punto de vista médico. Si su médico no está de acuerdo con sus deseos, su atención puede transferirse a otro médico siempre que la continuidad de la atención médica esté asegurada.

P ¿Qué sucede en situaciones de emergencia?

R Los planes anticipados de atención no están diseñados para situaciones de emergencia, por lo que el personal de los servicios médicos de emergencia (EMS) no podrán seguirlo. Sin embargo, si no desea recibir RCP, le puede solicitar a un médico que firme un formulario MOST para la orden de no reanimar portátil. El personal de los EMS seguirá esta orden.

P ¿Se respetará mi deseo de no recibir RCP?

R Puede indicar en su plan anticipado de atención que no desea que se le realice una reanimación cardiopulmonar (RCP), pero ese deseo debe constar en una orden médica. Si usted está en riesgo de padecer un paro cardíaco o respiratorio, su médico debe informarle los riesgos y beneficios de la RCP para llegar así a un acuerdo sobre qué hacer si esto sucede. Usted y su representante de atención médica deben preguntar sobre este tema en caso de que su médico no lo plantee. Si desea tener una orden de no reanimar fuera de un hospital, necesitará una orden de no reanimar portátil o un formulario MOST, que también puede ser provisto por el médico.

P ¿Qué tipos de atención médica se incluyen en mi plan anticipado de atención?

R Puede indicar tanto opciones generales de atención médica como opciones de atención en la etapa terminal. La atención médica general puede incluir atención como diálisis, quimioterapia, transfusiones de sangre, reanimación cardiopulmonar (RCP) o cualquier otro tratamiento que usted desee o no, en caso de no poder hablar por sí mismo. Las instrucciones para la etapa terminal pueden incluir lo anterior, además de medidas para prolongar la vida, como asistencia respiratoria mecánica, alimentación e hidratación artificial, o retener o retirar el tratamiento.

P ¿Mi plan anticipado de atención se respetará en otros estados fuera de Carolina del Norte?

R La mayoría de los estados tienen leyes que permiten a las personas tomar decisiones con respecto a sus representantes de atención médica y tratamientos médicos. Sin embargo, estas leyes pueden ser diferentes de las leyes de Carolina del Norte. Si se muda a otro estado, debe determinar si el formulario de Carolina del Norte es válido en ese estado.

P ¿Puedo cambiar de opinión sobre mi plan anticipado de atención?

R **Sí.** Cuando lo desee, puede cambiar todo o una parte del plan anticipado de atención. Puede hacerlo de la siguiente forma:

- Cambie cualquier parte que desee del documento, firme y feche el cambio, y siga las mismas reglas indicadas para el testigo o notario público. Asegúrese de que estos cambios sean fáciles de leer.
- Revoque todo el documento mediante una declaración por escrito firmada y fechada.
- Escriba «revocado» en todo el documento y firme y feche donde ha escrito «revocado».*
- Rompa o destruya el plan anticipado de atención anterior.
- Informe a su médico que desea cambiar su plan anticipado de atención.

- Pida a otra persona que destruya el plan anticipado de atención anterior al frente suyo.
- Cree un nuevo plan anticipado de atención por escrito y asegúrese de que esté firmado, fechado y atestiguado.

** Recomendamos escribir «revocado» y firmar el documento. Si bien todas las opciones anteriores son válidas y legales, firmarlo garantizará que se conozcan sus deseos si se encuentran copias en el futuro.*

P ¿Mi plan anticipado de atención me permite donar mi cuerpo para investigaciones médicas o donar mis órganos después de mi muerte?

R Sí. Hay varias medidas que debe adoptar para que este proceso sea más simple:

- Hable con su representante de atención médica sobre lo que desea. El representante de atención médica está obligado por ley a respetar sus deseos sobre estas donaciones.
- Hable con su familia para que comprenda sus intenciones.
- Comunique su deseo de ser donante de órganos en su plan anticipado de atención, en su licencia de conducir o en Internet en www.DonateLifeNC.org.
- Si desea que su cuerpo se utilice para investigaciones médicas, ingrese a www.DonateLifeNC.org/content/whole-body-donation para obtener más detalles.

P ¿Qué debo hacer si completé mi plan anticipado de atención?

R Realice copias, entréguelas a sus médicos y representantes de atención médica, y conserve el original en sus archivos. Para registrar su plan anticipado de atención, tiene dos opciones:

- Registro de Instrucciones Anticipadas de Atención Médica de Carolina del Norte, con tarifa, a través de https://www.sosnc.gov/divisions/advance_healthcare_directives; o
- US Advance Care Planning Registry, un servicio sin cargo que ofrece Sentara. Puede encontrar más información sobre US Advance Care Planning Registry en el formulario de plan anticipado de atención de Sentara que se incluye en este folleto.

Nota: Cuando cree un nuevo plan anticipado de atención, envíe un nuevo acuerdo de registro y una nueva copia al registro que elija.

Notas

Notas

Si tiene preguntas sobre su plan anticipado de atención o si desea programar una cita con uno de nuestros facilitadores calificados de planificación anticipada de la atención, comuníquese con cualquiera de los siguientes centros participantes que estén más cerca de su zona:

Ubicación del servicio

Hampton Roads y Peninsula
Sentara Center for Healthcare Ethics
757-252-9550
1330 Sentara Park
Virginia Beach, VA 23464

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. Llame al 844-809-6648.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-809-6648 번으로 전화해 주십시오.

注意：如果您讲中文普通话，则将为您提供免费的语言辅助服务。请致电 844-809-6648。

ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 844-809-6648.

Sentara cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no excluye, niega beneficios ni discrimina a ninguna persona por motivos de raza, cultura, color, religión, estado civil, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, discapacidad o fuente de pago.

Puede descargar copias adicionales de este folleto en una computadora a través de este sitio: sentara.com/AdvanceDirectives.

Envíe por correo postal una copia de su plan anticipado de atención a Sentara Center for Healthcare Ethics (consulte el domicilio arriba).

Este folleto no pretende ser un asesoramiento jurídico. Tal vez desee hablar con un abogado antes de firmar el plan anticipado de atención.

Sentara®