

***Instrucciones para completar este documento:***

Este es un documento legal importante, llamado Directiva para Médicos. Está diseñado para ayudarle a comunicar sus deseos sobre su tratamiento médico en algún momento futuro, en caso de que usted no pueda expresarlos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos generalmente están basados en valores personales. En particular, posiblemente quiera considerar qué cargas o dificultades de tratamiento estaría dispuesto a tolerar para obtener determinados beneficios en caso de estar gravemente enfermo.

Se le recomienda discutir sus valores y deseos con su familia o con la persona que usted elija para representarle, así como con su médico. Tanto su médico como otro proveedor de cuidado de la salud y la propia institución médica pueden proporcionarle varios recursos para ayudarle a completar su directiva anticipada. A continuación incluimos algunas definiciones breves que pueden servirle en sus discusiones y ayudarle a planificar con más anticipación. Anote sus iniciales junto a las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Entregue una copia de su directiva a su médico, al hospital donde usted se hace atender y a su familia o representante. Considere hacer una revisión periódica de este documento. Mediante una revisión periódica, usted se asegura de que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva para médicos, la ley de Texas establece otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes durante una enfermedad grave: el poder notarial médico y la orden de no resucitar fuera del hospital. Posiblemente quiera hablar de ello con su médico, su familia, su representante en el hospital u otros asesores. También es posible que desee completar una directiva sobre la donación de órganos y tejidos.



Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que el mejor cuidado de la salud se basa en una relación de confianza mutua y de comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos juntos las decisiones sobre los tratamientos o cuidado de mi salud, siempre y cuando yo esté mentalmente sano y pueda expresar mis deseos. Si en algún momento soy incapaz de tomar decisiones médicas sobre mi cuidado a causa de una enfermedad o lesión, ordeno que se respeten mis preferencias de tratamiento indicadas a continuación:

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo una condición médica terminal debido a la cual se espera que muera en un período de seis meses, incluso con el tratamiento de soporte vital disponible que me proporcionan de acuerdo con las normas de cuidado médico prevalecientes:

\_\_\_\_\_ Solicito que todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo sean suspendidos o retenidos y que mi médico me permita morir lo más apaciblemente posible; O BIEN

\_\_\_\_\_ Solicito que me mantengan vivo en esta condición médica terminal utilizando el tratamiento de soporte vital disponible. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA AL CUIDADO DE HOSPICIO).

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo una condición médica irreversible que me impide cuidar de mí mismo o tomar decisiones por mí mismo y se espera que muera si no me proporcionan tratamiento de soporte vital de acuerdo con las normas de cuidado médico prevalecientes:

\_\_\_\_\_ Solicito que todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo sean suspendidos o retenidos y que mi médico me permita morir lo más apaciblemente posible; O BIEN

\_\_\_\_\_ Solicito que me mantengan vivo en esta condición médica irreversible utilizando el tratamiento de soporte vital disponible. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA AL CUIDADO DE HOSPICIO).

Solicitudes adicionales: (Después de conversar con su médico, tal vez quiera anotar a continuación ciertos tratamientos que prefiere recibir o no recibir en determinadas circunstancias, tal como nutrición e hidratación administradas artificialmente, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de indicar si desea o no desea recibir algún tratamiento particular).

---

---

---

---

---

Si después de firmar esta directiva, yo o mi representante optamos por el cuidado de hospicio, entiendo y acepto que solo se me proporcionarán los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y que no recibiré tratamientos de soporte vital.

En caso de **no** disponer de un representante designado por poder notarial médico, y de no tener la capacidad de expresar mis deseos, designo a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación para que tomen junto a mi médico las decisiones de tratamiento o cuidado médico compatibles con mis valores personales:

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Segunda persona alternativa:

2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**(Si usted ha firmado un poder notarial médico, significa que ya ha nombrado un representante y que no debe incluir nombres adicionales en este documento).**

Si las personas antedichas no estuviesen disponibles, o si usted no ha designado un representante, entiendo que un representante será elegido para mí de acuerdo con las normas especificadas en la legislación de Texas. Si a criterio de mi médico mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso aplicando todos los tratamientos médicos disponibles proporcionados de acuerdo con las normas de cuidado médico prevaletentes, reconozco que todos los tratamientos, excepto los necesarios para mantener mi confort, pueden retirarse o no aplicarse. Entiendo que, según la ley de Texas, esta directiva no se aplica a mujeres embarazadas. Esta directiva continuará siendo válida hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

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

**Ciudad, condado, estado de residencia** \_\_\_\_\_

Dos testigos adultos competentes deben firmar a continuación, para indicar que reconocen la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar decisiones sobre el tratamiento o cuidado médico del paciente y no puede estar emparentado con este por consanguinidad o matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a recibir parte de la herencia y tampoco puede haber iniciado una demanda por el patrimonio del paciente. Tampoco puede ser el médico tratante ni un empleado de este médico. Si este testigo es un empleado de un centro de cuidado de la salud donde se atiende al paciente, no puede estar involucrado en brindar cuidado médico directo al paciente. Tampoco puede ser funcionario, director, socio o empleado de la

oficina administrativa de un centro de cuidado de la salud donde se atiende al paciente ni de ninguna organización matriz de dicho centro.

**Primer testigo:****Segundo testigo:**

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE PREFIERE** QUE ESTA DIRECTIVA PARA MÉDICOS Y FAMILIARES O REPRESENTANTES SUSTITUTOS SEA FIRMADA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO Y NO FRENTE A DOS TESTIGOS, **ESTA PÁGINA PUEDE REEMPLAZAR LA PÁGINA 3.**

Si las personas antedichas no estuviesen disponibles, o si usted no ha designado un representante, entiendo que un representante será elegido para mí de acuerdo con las normas especificadas en la legislación de Texas. Si a criterio de mi médico mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso aplicando todos los tratamientos médicos disponibles proporcionados de acuerdo con las normas de cuidado médico prevaecientes, reconozco que todos los tratamientos, excepto los necesarios para mantener mi confort, pueden retirarse o no aplicarse. Entiendo que, según la ley de Texas, esta directiva no se aplica a mujeres embarazadas. Esta directiva continuará siendo válida hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

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

Ciudad, condado, estado de residencia \_\_\_\_\_

ESTADO DE TEXAS §

§

CONDADO DE BEXAR §

Esta **DIRECTIVA PARA MÉDICOS Y FAMILIARES O REPRESENTANTES SUSTITUTOS** fue reconocida ante mí el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_, por \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PÚBLICO PARA EL ESTADO DE TEXAS

Mi comisión caduca el \_\_\_\_\_

**DEFINICIONES:**

**“Nutrición e hidratación administradas artificialmente”** significa proporcionar nutrientes o líquidos por medio de un tubo insertado en una vena, por debajo de la piel y en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

**“Condición médica irreversible”** es una afección, lesión o enfermedad que:

- (1) puede ser tratada, pero no curada o eliminada;
- (2) deja a una persona incapaz de cuidarse o de tomar decisiones por sí misma; y
- (3) provocará la muerte del paciente si no recibe tratamiento de soporte vital de acuerdo con las normas de cuidado médico prevalecientes.

*Explicación:* Muchas enfermedades graves como el cáncer, la insuficiencia de un órgano vital (riñón, corazón, hígado o pulmón) y una enfermedad cerebral grave como la demencia por enfermedad de Alzheimer pueden considerarse irreversibles desde sus etapas tempranas. Estas enfermedades no tienen cura, pero el paciente puede ser mantenido con vida por períodos prolongados si recibe tratamientos de soporte vital. A medida que la enfermedad avanza, se considera terminal cuando se hace inevitable que el paciente muera, aun si continúa recibiendo tratamiento. Tal vez desee considerar qué cargas de tratamiento estaría dispuesto a tolerar cuando se hagan esfuerzos por lograr un resultado determinado. Esta es una decisión muy personal y probablemente quiera discutirla con su médico, sus familiares u otras personas importantes para usted.

**“Tratamiento de soporte vital”** es un tratamiento que, basándose en un criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente para evitar que este muera. El término incluye tanto medicamentos de soporte vital como soporte vital artificial, tal como respiradores mecánicos, tratamiento de diálisis renal y nutrición e hidratación administradas artificialmente. El término no incluye la administración de medicamentos para controlar el dolor, la aplicación de un procedimiento médico necesario para proporcionar cuidado de alivio, o cualquier otro tipo de cuidado médico proporcionado para aliviar el dolor del paciente.

**“Condición médica terminal”** significa una condición médica incurable causada por una lesión, enfermedad o dolencia que, según un criterio médico razonable, producirá la muerte dentro de los próximos seis meses, incluso si se proporciona el tratamiento de soporte vital disponible, de acuerdo con las normas de cuidado médico prevalecientes.

*Explicación:* Muchas enfermedades graves pueden considerarse irreversibles al comienzo de su desarrollo, pero no pueden considerarse terminales hasta que la enfermedad esté bastante avanzada. Al pensar en una enfermedad terminal y en su tratamiento, es posible que quiera considerar los beneficios relativos y las cargas del tratamiento, y discutir sus deseos con su médico, familiares y otras personas importantes para usted