

# Directivas Anticipadas

*La planificación de  
su futura atención médica*



**MLTCOP**

**MICHIGAN LONG TERM CARE  
OMBUDSMAN PROGRAM**



El presente folleto se basa en la versión anterior de *Directivas Anticipadas* escrita por Bradley Geller cuando era parte del personal del Long Term Care Ombudsman Program (Programa de defensores de pacientes para cuidados a largo plazo) del estado y realiza un seguimiento en gran medida del mismo. Se han ofrecido varias versiones de esta publicación de forma gratuita a través de varios sitios web estatales. Esta edición se basa en el trabajo del Sr. Geller, pero agrega una sección sobre las Órdenes médicas sobre el alcance del tratamiento (Physician Orders for Scope of Treatment, POST), una nueva categoría de directiva anticipada. El Long Term Care Ombudsman Program de Michigan desea reconocer y agradecer al Sr. Geller por su autoría inicial de esta publicación.

# Tabla de Contenido

Prefacio .....	3
A. Introducción .....	4
B. El poder de duración indefinida para la representación médica .....	5
C. La orden médica sobre el alcance del tratamiento .....	16
D. El testamento vital .....	18
E. La orden de no reanimar .....	21
F. Información general .....	23
Formularios	
Poder de duración indefinida para la representación médica .....	28
Aceptación por el defensor del paciente .....	36
Testamento vital .....	38
Orden de no reanimar .....	40
Acto de donación anatómica .....	46

# Prefacio

Todos valoramos el derecho a tomar decisiones por nosotros mismos. Ya sea que llamemos a esto autonomía, libertad o independencia, tomar decisiones es fundamental para nuestro concepto de dignidad.

Un área importante en la que ejercemos la independencia es en la elección de la atención médica que recibimos. Pocos negarían que un adulto competente tiene derecho a consentir o rechazar determinados tratamientos o servicios médicos.

Desafortunadamente, debido a una enfermedad o lesión, es posible que no siempre podamos participar en las decisiones de tratamiento. En ese caso, la incapacidad puede ser temporal o permanente.

A nadie le gusta considerar la posibilidad de volverse incapaz de tomar decisiones. Es fácil dejar de pensar en que eso sucederá y en qué tratamiento nos gustaría en esas circunstancias.

Aunque es difícil enfrentar estos problemas, al hacerlo, podemos ayudar a garantizar que nuestros deseos se cumplan en el futuro. Expresar nuestros deseos ahora también puede ayudar a nuestros seres queridos a sentirse seguros acerca de las decisiones que tendrán que tomar en nuestro nombre.

Una vez que determine sus deseos, el proceso de planificación es relativamente simple y económico o gratuito. Este folleto contiene información sobre las directivas anticipadas para ayudarle. Los formularios para completar los espacios en blanco al final del folleto son solo una opción que puede elegir si usted decide proseguir con ella.

# Preguntas y respuestas sobre las directivas anticipadas

## A. Introducción

### **¿Qué es una directiva anticipada?**

Una directiva anticipada es un documento escrito en el que se especifica qué tipo de atención médica desea en el futuro, o quién desea que tome decisiones por usted, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

### **¿Por qué hay existe la necesidad de directivas anticipadas?**

Hace años, la mayoría de las personas morían en sus propios hogares. Hoy en día, existe una mayor probabilidad de morir en un hospital o en un asilo de ancianos.

La tecnología en expansión ha aumentado las opciones de tratamiento disponibles y la mejora de la salud pública ha aumentado la esperanza de vida. Es posible que se deban tomar decisiones con respecto a nuestra atención en un momento en que ya no podamos comunicar nuestros deseos.

### **¿Cuáles son las ventajas de tener una directiva anticipada?**

Cada uno tenemos nuestros propios valores, deseos y metas. Tener instrucciones anticipadas le brinda cierta seguridad de que sus deseos con respecto al tratamiento médico y de salud mental se cumplirán en un momento en que no pueda expresarlos. Tener instrucciones anticipadas también puede evitar la necesidad de que un tribunal de sucesiones nombre un tutor y ayudar a guiar a sus seres queridos sobre las decisiones que desea que tomen por usted.

### **¿Tengo que mantener una directiva anticipada?**

No. La decisión de tener una directiva anticipada es puramente voluntaria. Ningún familiar, hospital o compañía de seguros puede obligarle a tenerla, ni dictar lo que debe decir el documento si decides redactarla.

Un hospital, hogar de enfermería u organización de cuidados paliativos no puede negarle el servicio porque usted tiene o no tiene directivas anticipadas.

### **¿Existen diferentes tipos de directivas anticipadas?**

Sí. Los tres tipos son el poder de duración indefinida para la representación médica, el testamento vital y la orden de no reanimar. Y hay otra opción: la orden médica sobre el alcance del tratamiento. Pueden estar disponibles donde vive.

También existe el acto de donación anatómica, que se hace efectiva al morir.

### **¿Puedo tener más de un tipo de directiva anticipada?**

Sí. Puede elegir tener cualquier cantidad de directivas anticipadas o no tener ninguna. Si tiene más de uno, es aconsejable asegurarse de que sean consistentes para que sus cuidadores y tomadores de decisiones tengan claro lo que quiere.

## **B. El poder de duración indefinida para la representación médica**

### **¿Qué es un poder de duración indefinida para la representación médica?**

Un poder de duración indefinida para la representación médica, también conocido como apoderado para la asistencia médica o designación de un defensor de pacientes, es un documento en el que usted designa a otra persona para que tome decisiones relacionadas con el tratamiento médico y el cuidado personal en su nombre cuando usted ya no pueda hacerlo para sí mismo.

Además, puede optar por otorgar a su defensor de pacientes el poder de tomar decisiones sobre la atención de salud mental que pueda necesitar.

Finalmente, puede facultar a su defensor de pacientes para que done órganos específicos o todo su cuerpo después de su muerte.

**¿Es un poder de duración indefinida para la representación médica legalmente vinculante?**

Sí.

**¿Quién es eligible para un poder de duración indefinida para la representación médica?**

Debe tener al menos 18 años de edad y debe comprender que le está otorgando a otra persona el poder de tomar ciertas decisiones por usted si usted no puede hacerlo.

**¿Se requiere un formulario específico para un poder de duración indefinida para la representación médica?**

No. Puede optar por utilizar el formulario de muestra de este folleto. Hay una serie de organizaciones que ofrecen diferentes formularios de forma gratuita.

Asegúrese de escribir a máquina o con letra de molde legible al completar cualquier documento.

**¿Tengo que usar un formulario con espacios en blanco para completarse?**

No. Puede redactar su propio documento o pedirle a un abogado que redacte un documento por usted. Puede utilizar el formulario de este folleto si desea hacerlo.

**¿Cómo se llama la persona a la que doy el poder de tomar decisiones?**

Esa persona se conoce como el defensor de pacientes.

### **¿Cuándo puede el defensor de pacientes actuar en mi nombre?**

Su defensor de pacientes puede tomar decisiones por usted solo cuando usted mismo no pueda participar en las decisiones de tratamiento médico.

Si elige otorgar a su defensor del paciente el poder de tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental, su defensor de pacientes solo puede actuar si usted no puede dar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental.

### **¿Cómo podría no poder participar en las decisiones médicas o de salud mental?**

Es posible que tenga una pérdida temporal de la capacidad para tomar o comunicar decisiones si, por ejemplo, sufre un derrame cerebral o está inconsciente después de un accidente automovilístico. Es posible que sufra una pérdida permanente debido a una condición como la demencia.

Es posible que no pueda tomar decisiones de salud mental si una condición como la depresión severa o la esquizofrenia afecta su estado de ánimo o su proceso de pensamiento.

### **¿Quién determina que ya no puedo participar en estas decisiones?**

Para las decisiones médicas, el médico responsable de su atención y otro médico o psicólogo que lo examine tomarán esa determinación.

Después de examinarlo, un médico y un profesional de la salud mental (médico, psicólogo, enfermero registrado o trabajador social con maestría) deben tomar cada uno la determinación con respecto al tratamiento de salud mental. En sus documentos, puede elegir el médico y el profesional de salud mental que desea para tomar esta determinación.

### **¿Qué pasa si mis creencias religiosas prohíben un examen por un médico?**

Debe indicar en su documento de poder de duración indefinida que sus creencias religiosas prohíben un examen por parte de un médico y explicar cómo desea que se determine que no puede participar en las decisiones de atención médica.

### **¿Qué poderes puedo otorgar a un defensor del paciente?**

Puede otorgarle a un defensor de pacientes el poder de tomar esas decisiones de atención personal que normalmente toma por sí mismo. Por ejemplo, puede otorgar a su defensor de pacientes el poder de consentir o rechazar un tratamiento médico; hacer arreglos para el tratamiento de salud mental, la atención médica en el hogar o la atención diurna para adultos; o ingresarlo en un hospital, hogar de enfermería u hogar para ancianos.

También puede autorizar a su defensor de pacientes para que haga una donación de sus órganos o cuerpo cuando muera.

### **¿Mi defensor del paciente tendrá poder para manejar mis asuntos financieros?**

Puede otorgarle a su defensor de pacientes el poder de coordinar los servicios médicos y de atención personal y pagar esos servicios con sus fondos. Su defensor de pacientes no tendrá el poder general para manejar todas sus propiedades y finanzas.

Si desea que otra persona maneje todos sus bienes y asuntos financieros si queda incapacitado, puede buscar la ayuda de un abogado para redactar un poder de duración indefinida para las finanzas u otros documentos legales.

### **¿Puedo otorgarle a mi defensor del paciente el derecho de retener o retirar el tratamiento que me permitiría morir?**

Sí, pero debe expresar de manera clara y convincente que el defensor del paciente está autorizado para tomar tales decisiones, y debe reconocer que estas decisiones podrían resultar o resultarían en su muerte.

### **¿Puedo autorizar a mi defensor de pacientes a decidir retener o retirar los alimentos y el agua administrados a través de sondas?**

Sí. Si desea otorgar esta autoridad a su defensor de pacientes, puede describir en el documento las circunstancias específicas en las que él o ella puede actuar. Por ejemplo, podría permitir que su defensor de pacientes retenga los alimentos o el agua administrados a través de un tubo si tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente.

### **¿Puedo autorizar a mi defensor de pacientes para que firme una orden de no reanimar?**

Sí.

### **¿Tengo derecho a expresar otros deseos en el documento?**

Sí. Puede, por ejemplo, expresar sus deseos con respecto a otros tipos de atención que desearía si tuviera una enfermedad terminal. También podría expresar el deseo de no ser internado en un asilo de ancianos y el deseo de morir en casa. Su defensor de pacientes tiene el deber de intentar seguir sus deseos.

### **¿Cuáles son mis opciones sobre el tratamiento de la salud mental?**

En primer lugar, usted tiene la opción de otorgar o no a su defensor de pacientes poderes relacionados con la atención de la salud mental.

Si decide otorgar poderes a su defensor de pacientes con respecto al tratamiento de la salud mental, debe especificar claramente cuáles poderes puede ejercer. Algunas facultades a considerar incluyen la autorización del tratamiento ambulatorio, la hospitalización, la administración de medicamentos psicotrópicos y la terapia electroconvulsiva (TEC).

También puede proporcionar más detalles: qué hospital prefiere y qué medicamentos quiere o no quiere, por ejemplo.

## **¿Cuáles son mis opciones con respecto a la donación de órganos después de mi muerte?**

Puede elegir otorgar o no este poder a su defensor de pacientes.

Si desea que su defensor de pacientes tenga este poder, puede especificar qué órganos desea que se donen o si desea que se done todo su cuerpo. Puede especificar dónde o a quién desea que se donen sus órganos.

## **¿Existe alguna alternativa al uso de un poder de duración indefinida para la representación médica para coordinar la donación de órganos después de mi muerte?**

Sí. Puede completar el formulario en este folleto, *Acto de donación anatómica*, por separado.

Si declara sus deseos tanto en el poder de duración indefinida como en la declaración de donación anatómica, asegúrese de que sus deseos sean los mismos en ambos documentos.

## **¿Es importante expresar mis deseos específicos en una directiva anticipada?**

Sus deseos no pueden ser seguidos si nadie es consciente de ellos. También puede ser un agobio para el defensor de pacientes tomar una decisión por usted sin su orientación. Si tiene deseos específicos, déjeselos claros a su defensor de pacientes al hablar con él o ella. También considere incluir estos deseos en el documento.

## **¿Cuál es el deber de mi defensor de pacientes?**

Su defensor de pacientes tiene el deber de tomar medidas razonables para seguir sus deseos e instrucciones, orales y escritas, expresadas mientras usted pudo hacer y expresar sus deseos.

### **¿Hay excepciones?**

Un profesional de salud mental puede negarse a cumplir sus deseos con respecto a un tratamiento, lugar o profesional de salud mental específico, si hay una emergencia psiquiátrica que pone en peligro su vida o la vida de otra persona.

### **¿Qué sucede si nunca expreso ningún deseo específico con respecto al tratamiento médico?**

Su defensor de pacientes debe actuar en su mejor interés.

### **¿Permitirá un hospital o un asilo de ancianos que mi defensor de pacientes revise mis registros?**

Sí. Un paciente tiene derecho a inspeccionar y copiar sus registros del hospital o del hogar de enfermería. Su defensor de pacientes tendrá el mismo derecho que usted tiene, una vez que ya no pueda participar en las decisiones de tratamiento.

El formulario de este folleto permite que un defensor de pacientes tenga acceso a sus registros médicos en cualquier momento después de que usted lo designe, incluso si todavía tiene la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

### **¿A quién puedo nombrar como defensor de pacientes?**

Cualquier persona mayor de 18 años es elegible; puede designar a su cónyuge, un hijo adulto, un amigo u otra persona. Debe elegir a alguien en quien confíe, que pueda manejar la responsabilidad y que esté dispuesto a servir.

Debe hablar con la persona que propone nombrar como defensor de pacientes antes de completar y firmar el documento para asegurarse de que esté dispuesto a servir.

**¿Puedo designar a una segunda persona para que actúe como defensor de pacientes en caso de que la primera persona no pueda hacerlo?**

Sí. Es una buena idea hacerlo.

No existe ninguna disposición en la ley que establezca que más de una persona puede actuar como su defensor de pacientes al mismo tiempo.

**¿Qué tengo que hacer para que un poder de duración indefinida sea válido para el cuidado médico?**

Debe poner sus deseos por escrito, firmar ese documento y tener dos adultos como testigos.

Hay restricciones sobre quién puede ser testigo. Necesita testigos que no sean miembros de su familia, ni su médico o defensor propuesto del paciente, ni un empleado de un centro o programa de salud donde usted es paciente o cliente.

**¿Qué tiene que hacer un defensor de pacientes antes de actuar en mi nombre?**

Antes de que el defensor de pacientes pueda actuar, debe firmar una aceptación de que está dispuesto a actuar como su defensor. Esto se puede hacer en el momento de completar el documento o en un momento posterior. El lenguaje general de la aceptación se establece en la ley.

**Una vez que firme un poder de duración indefinida, ¿puedo cambiar de opinión?**

Sí. Independientemente de su condición física o mental, puede revocar o cancelar el poder de duración indefinida indicando de cualquier forma (escrita, oral o cualquier otro medio de comunicación) que el documento no refleja sus deseos actuales.

**¿Qué pasa si dos médicos han determinado que ya no puedo participar en las decisiones sobre el tratamiento médico?**

Todavía tiene derecho a revocar el documento incluso si dos médicos han determinado que no puede participar en las decisiones de tratamiento.

**¿Puedo cambiar de opinión sin revocar el documento?**

Sí. Cualquier deseo verbal de recibir un tratamiento específico para prolongar la vida debe ser respetado en ese momento por un defensor de pacientes, incluso si el deseo contradice una directiva escrita.

**¿Existen reglas diferentes para el tratamiento de salud mental con respecto a la revocación?**

Sí. Puede elegir en el documento renunciar a su derecho a revocar inmediatamente el poder de duración indefinida relacionado con el tratamiento de salud mental.

En el documento, puede especificar cualquier período de hasta 30 días después de comunicar su intención de revocar, un período durante el cual su defensor de pacientes todavía está autorizado a tomar decisiones por usted.

**Si revoco mi poder de duración indefinida para la representación médica, ¿puedo firmar uno nuevo?**

Sí, pero solo si está en su sano juicio.

Es posible que desee nombrar a un defensor de pacientes diferente o cambiar la forma en que expresa sus deseos. Si firma un documento nuevo, destruya el anterior y todas sus copias y asegúrese de que sus proveedores de atención médica sepan que usted tiene un documento nuevo.

### **¿Puede mi defensor de pacientes negarse a actuar en mi nombre?**

Sí. Un defensor de pacientes puede revocar su aceptación en cualquier momento. De ser así, la persona que nombró como su sucesor defensor de pacientes, si ha designado uno, se convertiría en el defensor de pacientes.

### **¿Qué pasa si hay una disputa cuando mi defensor de pacientes está tomando decisiones por mí?**

Si una persona interesada cuestiona si el defensor de pacientes está actuando en su mejor interés o si tiene la autoridad para actuar en su nombre, la persona interesada puede solicitar al tribunal de sucesiones local que resuelva la disputa.

### **¿Qué sucede si recupero la capacidad de participar en decisiones médicas o de salud mental?**

Los poderes de su defensor de pacientes se suspenden en cualquier momento en que pueda participar en las decisiones, y su defensor de pacientes no tendrá poder para tomar esas decisiones por usted si usted puede tomarlas por sí mismo.

### **¿Quién decide si he recuperado la capacidad de participar en las decisiones médicas?**

La ley guarda silencio sobre el tema. Es probable que la determinación de un médico tratante o un psicólogo sea suficiente.

### **¿Existe un registro estatal de poderes de duración indefinida para la representación médica?**

Sí. Tiene derecho a que su poder de duración indefinida para la representación médica se inscriba voluntariamente en un registro estatal. Los proveedores de atención médica tendrán acceso inmediato a su información.

### **¿Cómo registro mi poder de duración indefinida?**

Puede enviar su poder de duración indefinida electrónicamente o por correo postal. Si es por correo ordinario, se le devolverá el original.

### **¿Hay algún costo?**

No. El registro es gratuito tanto para usted como para los proveedores de atención médica.

### **¿Quién opera el registro?**

El registro es operado por Gift of Life Michigan, bajo contrato del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan. Para obtener más información, visite [www.mipeaceofmind.org](http://www.mipeaceofmind.org) o llame al 1-(800) 482-4881.

### **Si mi poder de duración indefinida está registrado, ¿puedo revocarlo igualmente?**

Sí. Usted mantiene el derecho de revocar el documento en cualquier momento notificándolo al registro.

### **¿Qué sucede si no tengo a nadie a quien designar como defensor de pacientes?**

Todavía puede optar por completar un testamento en vida o una orden de no resucitar, o ambos. Usted y su médico también pueden completar un formulario POST siempre y cuando ese formulario esté disponible en su comunidad. Los tres documentos se analizan a continuación.

## **C. La orden médica sobre el alcance del tratamiento (Physician Order for Scope of Treatment, POST)**

### **¿Qué es un formulario de orden médica sobre el alcance del tratamiento (POST)?**

Un formulario POST es otro tipo de directiva anticipada que brinda instrucciones para el cuidado de pacientes gravemente enfermos. Los formularios POST son más específicos que las directivas anticipadas y los formularios de No resucitar (DNR) fuera del hospital. Abordan procedimientos o tratamientos médicos como la intubación (que permite que una persona respire a través de la tráquea), los antibióticos, la cardioversión (un tratamiento para los latidos cardíacos irregulares), la alimentación por sonda y la hospitalización.

Las instrucciones del paciente en este formulario se aplican incluso cuando el paciente no puede tomar sus propias decisiones médicas.

### **¿Los formularios POST son legalmente vinculantes?**

La ley de Michigan que crea formularios POST entró en vigencia el 6 de febrero de 2018. Sin embargo, el estado aún está en el proceso de crear un formulario estandarizado para usar en todas partes del estado. El uso de formularios POST se retrasará hasta que se complete este proceso, lo que puede demorar años.

Actualmente, los formularios POST están disponibles en algunas comunidades de Michigan bajo programas creados al nivel local. Estas comunidades incluyen los condados de Jackson, Lansing, Grand Rapids, Houghton y Marquette. En algunas partes de Michigan, estos formularios ya se han utilizado durante muchos años.

### **¿Tengo que firmar un formulario POST?**

No. Como todas las directivas anticipadas, firmar un formulario POST es completamente voluntario.

### **¿Puede mi defensor de pacientes firmar el formulario POST en mi lugar?**

Si su defensor de pacientes tiene autoridad, él o ella puede firmar el formulario en su lugar. Su médico también tendrá que firmar.

### **Si tengo un tutor, ¿puede el tutor firmar un formulario POST por mí?**

Un tribunal puede otorgar a un tutor el poder de firmar un formulario POST.

### **¿Mi tutor tiene que hablar conmigo antes de firmar un formulario POST?**

Sí, a menos que no pueda comunicar sus deseos.

### **¿Tengo derecho a revocar un formulario POST?**

Sí. Ya sea que lo haya firmado usted, lo haya firmado su defensor de pacientes o lo haya firmado su tutor, siempre tiene derecho a revocar el formulario.

### **¿Cómo revoco un formulario POST?**

Puede revocar el formulario POST en cualquier momento y de cualquier manera que pueda comunicar sus deseos.

### **¿En qué se diferencia un formulario POST de un poder de duración indefinida?**

Los formularios POST están firmados tanto por el paciente como por su médico. Antes de que el paciente y el médico o el representante del paciente y el médico firmen el formulario POST, el médico proporciona al paciente o al representante del paciente un formulario de información y explica la naturaleza y el contenido del formulario POST y cómo el tratamiento médico discutido en el formulario afectará al paciente.

### **¿Puedo tener un formulario POST además de otras directivas avanzadas?**

Sí. Sin embargo, se supone que los formularios POST reemplazan las directivas médicas anteriores. Si el formulario POST se ejecuta después de que usted firme cualquier instrucción anticipada que contenga instrucciones escritas sobre su tratamiento médico, se supone que el formulario POST expresa sus deseos actuales. Esto también se aplica a las órdenes de no reanimar.

Si tiene más de un documento, asegúrese de que sus deseos expresados en los documentos sean coherentes.

### **¿Cuáles son las circunstancias en las que un formulario POST caduca y ya no está en vigor?**

Un formulario POST caduca y deja de tener control en cuatro circunstancias, a menos que el médico y el paciente o el representante del paciente revisen, pongan sus iniciales y fecha en el formulario. Esas circunstancias son:

1. Ha pasado un año desde que se firmó el formulario POST inicial,
2. El paciente es transferido de un entorno o nivel de atención a otro entorno o nivel de atención,
3. Las preferencias de tratamiento del paciente han cambiado, y
4. El médico del paciente ha cambiado.

## **D. El testamento vital**

### **¿Qué es un testamento vital?**

Un testamento vital es un documento escrito en el que usted informa a los médicos, familiares y otras personas qué tipo de atención médica desea recibir en caso de que tenga una enfermedad terminal o quede inconsciente de forma permanente.

### **¿Cuándo entrará en vigor un testamento en vida?**

Un testamento vital solo entra en vigencia después de que un médico lo diagnostica como una enfermedad terminal o permanentemente inconsciente y determina que no puede tomar o comunicar decisiones sobre su atención.

### **¿En qué se diferencia un testamento en vida de un poder de duración indefinida para la representación médica?**

Aunque puede haber superposición, el enfoque de un poder de duración indefinida está en quién toma la decisión; el enfoque de un testamento en vida es cuál debe ser la decisión.

Un testamento vital se limita a la atención durante una enfermedad terminal o pérdida del conocimiento permanente, mientras que un defensor del paciente también puede tener autoridad en circunstancias de discapacidad temporal.

### **¿Hay ventajas para cada tipo?**

Un poder de duración indefinida para la representación médica puede ser más flexible porque su defensor de pacientes puede responder a circunstancias inesperadas, pero un testamento vital podría honrarse sin la presencia de una tercera persona que tome la decisión real.

### **¿Qué podría incluir un testamento vital?**

Puede expresar sus deseos en términos generales: “Haga lo que sea necesario para mi comodidad, pero nada más.” O, “Autorizo que se tomen todas las medidas para prolongar mi vida.”

En su lugar, puede indicar si desea o no intervenciones médicas específicas, como un respirador, reanimación cardiopulmonar (RCP), cirugía, antibióticos y transfusiones de sangre. Podría autorizar un tratamiento experimental o no tradicional. Cualquiera que sea el enfoque que elija, debe expresar sus deseos con respecto a si desea que los alimentos y el agua se administren a través de sondas.

### **¿Es un testamento vital legalmente vinculante para los proveedores de atención médica?**

Aunque casi todos los estados tienen estatutos que otorgan efectividad legal a los testamentos vitales, Michigan no ha aprobado tal ley. Sin embargo, con base en una decisión judicial de Michigan, existe un argumento de que los testamentos vitales son vinculantes en este estado. Sin embargo, nadie puede garantizarle con absoluta seguridad que sus deseos serán respetados.

### **¿Vale la pena tener un testamento vital?**

Sí, en algunas circunstancias. Es particularmente importante tener un testamento vital si no tiene un poder de duración indefinida para la representación médica. Tus deseos no pueden cumplirse si no se conocen.

### **¿Puedo tener tanto un poder de duración indefinida para la representación médica como un testamento vital?**

Sí. Su defensor de pacientes puede leer su testamento en vida como una expresión de sus deseos. El testamento en vida también puede ser valioso si su defensor de pacientes no está disponible cuando se necesita tomar una decisión.

Si tiene ambos documentos, asegúrese de que sus deseos expresados en los documentos sean consistentes.

### **¿Cuáles son los requisitos para un testamento vital?**

Dado que no existe una ley estatal, no hay requisitos formales. Pero se recomienda enfáticamente que el documento se titule “Testamento vital,” que esté fechado, firmado por usted y firmado por dos testigos que no sean miembros de la familia.

## **E. La orden de no reanimar**

### **¿Qué es una orden de no reanimar?**

Una orden de no reanimar (do-not-resuscitate order, DNR) es un documento escrito en el que usted expresa su deseo de que si su respiración y sus latidos cardíacos cesan, no quiere que nadie intente resucitarlo.

### **¿Tengo que firmar una orden DNR?**

No.

### **¿Para quién podría ser particularmente útil un documento de este tipo?**

Por ejemplo, un paciente de cuidados paliativos que ha elegido quedarse en casa para morir de la forma más pacífica posible podría considerar firmar una orden DNR.

### **¿Necesito tener una enfermedad terminal antes de firmar una orden DNR?**

No. Por ejemplo, puede gozar de buena salud pero aun así no desea que lo resuciten si su corazón y sus pulmones fallan.

### **¿Son estos documentos legalmente vinculantes?**

Sí. Una ley de Michigan establece que estos documentos son válidos en entornos distintos a los hospitales.

### **¿Existen formularios estandarizados para una orden DNR?**

Sí. Un formulario proporciona espacios para que su médico firme, para que usted firme y para que firmen dos testigos.

Existe una forma alternativa para las personas que tienen creencias religiosas contra el uso de médicos. Ambos formularios están incluidos en este folleto.

### **¿Puede mi defensor de pacientes firmar el formulario en mi lugar?**

Si su defensor de pacientes tiene autoridad, él o ella puede firmar el formulario en su lugar. Su médico también lo firmaría.

### **Si tengo un tutor, ¿puede el tutor firmar una orden DNR por mí?**

Un tribunal puede otorgar a un tutor el poder de firmar una orden DNR.

### **¿Mi tutor tiene que hablar conmigo antes de firmar una orden DNR?**

Sí, a menos que no pueda comunicar sus deseos. En cualquier circunstancia, su médico también tendría que firmar el documento.

### **¿Tengo derecho a revocar una orden DNR?**

Sí. Ya sea que usted, su defensor de pacientes o su tutor lo hayan firmado, siempre tiene derecho a revocarlo.

### **¿Cómo revoco una orden DNR?**

Puede comunicar sus deseos a un proveedor de atención médica o puede romper el documento si lo ha firmado.

### **¿Es necesario tener una orden DNR si tengo un poder de duración indefinida o un testamento vital?**

Tal vez. Un poder de duración indefinida para la representación médica y un testamento vital solo entrarán en vigencia cuando usted no pueda participar en las decisiones del tratamiento. Si eres competente hasta el momento en que tu corazón y tu respiración se detienen, estos documentos nunca tendrán efecto. La orden DNR entra en vigor cuando se ejecuta y es aplicable mientras usted sea competente.

### **¿Qué más se puede hacer para evitar una reanimación no deseada?**

Si está en casa, pida con anticipación a sus familiares que no llamen al 9-1-1 ni a la policía si deja de respirar. Si está bajo el cuidado de un(a) enfermero/a licenciado/a, ella o él tiene la autoridad para pronunciar la muerte.

### **¿Qué sucede cuando estoy en un hospital?**

Estas instalaciones pueden establecer sus propias políticas sobre la reanimación. Al ingreso o después, debe expresar sus deseos sobre este tema y solicitar que estos deseos se reflejen en su expediente médico.

## **F. Información general**

### **En general, ¿qué tengo que hacer antes de completar una directiva anticipada?**

Tome su tiempo; estas son decisiones difíciles. Piense en qué tratamiento le gustaría bajo diversas circunstancias en el futuro. Considere a quién podría elegir como su defensor de pacientes y asegúrese de que esa persona esté dispuesta a servir.

Discutir el problema con los miembros de la familia. Hable con su ministro, rabino, sacerdote u otro líder espiritual si tiene uno y cree que sería útil.

### **¿También tengo que hablar con mi médico?**

¡Sí! Plántele el tema a su médico. Tenga una discusión sobre los beneficios y las cargas de varios tipos de tratamiento. Exprese al menos sus deseos generales y asegúrese de que el médico se sienta cómodo para llevarlos a cabo.

### **¿Hay cuestiones a las que debería prestar especial atención?**

Sí. Muchas personas tienen sentimientos fuertes sobre la administración de alimentos y agua. Si no puede tragar, los nutrientes pueden suministrarse a través de un tubo por la garganta, un tubo colocado quirúrgicamente en el estómago o por vía intravenosa. Considere en qué circunstancias, si las hay, desearía o no desearía estos procedimientos. Considere también si recibe alimentos y agua de una de estas maneras, si puede haber un momento en el que desee dejar de recibir alimentos y agua.

### **¿Qué tengo que hacer con mi directiva anticipada después de haberla firmado?**

Entregue el poder de duración indefinida para la representación médica a su defensor del paciente (o al menos asegúrese de que sepa dónde está). Entregue una copia a su médico y conserve una copia usted mismo. Hágales saber a las personas a quién ha elegido como sus defensores de pacientes.

Decida si desea registrar su poder de duración indefinida en el registro estatal. Si es así, comuníquese con ellos como se explicó anteriormente en este folleto.

### **¿Qué hará el médico con la copia de mi poder de duración indefinida?**

Él o ella hará que el documento forme parte de su registro médico.

### **¿Qué tengo que hacer con mi testamento en vida?**

Conserve el original de un testamento vital. Entregue una copia a los familiares cercanos a usted, a un amigo y a su médico. Mantenga una lista de estas personas.

### **¿Qué tengo que hacer con mi orden de no resucitar?**

Lleve siempre el pedido consigo, a la vista, mientras esté en casa. Entregue una copia a los miembros de su familia que puedan estar con usted en el momento de su muerte.

También tiene la opción de llevar una pulsera DNR.

### **¿Tengo que llevar conmigo una copia de mis directivas anticipadas si voy al hospital o al asilo de ancianos?**

Sí.

### **Después de firmar una o más directivas anticipadas, ¿tengo que continuar hablando del tema de mi atención?**

Sí. Siéntese con la persona que ha elegido como defensor de pacientes. En cuanto la imagen que él o ella tenga de sus deseos fuera más claro, sería mejor. Si ha pasado algún tiempo desde que firmó el documento, discuta el problema nuevamente.

Casi siempre es una buena idea que informe a sus familiares y amigos sobre sus deseos.

### **¿Cuándo tengo que revisar una directiva anticipada?**

Dado que la tecnología médica cambia constantemente y que puede haber cambios en su perspectiva, sería conveniente revisar sus instrucciones anticipadas una vez al año. Después de revisarlas, puede decidir conservarlas, redactarlas de nuevo o no tener directivas anticipadas.

Si decide mantener las directivas anticipadas, puede poner sus iniciales y la fecha en la parte inferior.

### **¿Qué debería hacer si redacto una nueva directiva anticipada?**

Ya sea que elija a otra persona para que sea su defensor de pacientes o modifique sus deseos de atención, intente recuperar copias del documento anterior y destrúyalas. Comuníquese con el registro estatal si ha registrado el documento.

Distribuya copias del nuevo documento.

### **¿Cuáles son las responsabilidades de los establecimientos o agencias de atención médica?**

Los hospitales, hogares de enfermería, organizaciones de cuidados paliativos y agencias de atención médica domiciliaria que reciben fondos federales tienen la obligación de informar a los pacientes, clientes o residentes que ingresan sobre sus derechos a consentir o rechazar el tratamiento, incluido el derecho a tener directivas anticipadas.

Un centro o agencia de atención médica no puede obligarlo a firmar una directiva anticipada ni negarse a cuidarlo si usted la ha firmado.

### **¿El hospital o el hogar de enfermería respetará mi directiva anticipada?**

Si se le da una directiva anticipada, el hospital o el hogar de enfermería debe agregarla a su registro médico.

Si el centro no tiene motivos para cuestionar la autenticidad del documento, tiene evidencia de que ya no puede participar en las decisiones de tratamiento y cree que un defensor de pacientes está actuando de acuerdo con sus deseos, el centro tiene la responsabilidad de cumplir con ella.

Tenga en cuenta que, aunque tenga instrucciones anticipadas, lamentablemente no hay garantía absoluta de que se cumplirán sus deseos. Cuanto más hable con la gente sobre tus deseos, será más probable que se cumplan.

### **¿Qué pasa si decido no tener una directiva anticipada?**

Las decisiones aún tendrían que tomarse por usted en caso de que no pueda tomarlas. A veces, un médico o un hospital aceptará a un cónyuge o hijo como tomador de decisiones informales. En algunas situaciones, un miembro de la familia tiene algún papel según la ley. En otras ocasiones, se deberá iniciar un procedimiento de tutela en el tribunal de sucesiones para que otra persona obtenga la autoridad legal para actuar en su nombre.



# PODER DE DURACIÓN INDEFINIDA PARA LA REPRESENTACIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, estoy  
(Escriba su nombre completo con letra de molde o a máquina)

en mi sano juicio y voluntariamente efectúo esta designación.

## NOMBRAMIENTO DE DEFENSOR DE PACIENTES

Designo a \_\_\_\_\_, mi \_\_\_\_\_  
(indique el nombre del defensor de pacientes) (Cónyuge, hijo, amigo...)

cuyo domicilio es \_\_\_\_\_  
(Dirección y número telefónica del defensor de pacientes)

como mi defensor del paciente. Si la persona de mi primera elección no puede servir,  
designo a

\_\_\_\_\_, mi \_\_\_\_\_,  
(Nombre del defensor de pacientes sucesor) (Cónyuge, hijo, amigo...)

cuyo domicilio es \_\_\_\_\_  
(Dirección y número telefónica del defensor de pacientes sucesor)

para servir en la calidad de defensor del paciente.

Mi defensor de paciente o su sucesor debe firmar una aceptación antes de poder actuar. He discutido este nombramiento con las personas que he designado como defensor del paciente y defensor del paciente sucesor.

## **PODERES GENERALES**

Mi defensor del paciente o su sucesor tendrá el poder de tomar decisiones sobre el cuidado, la custodia y el tratamiento médico por mí si mi médico tratante y otro médico o psicólogo autorizado determinan que no puedo participar en las decisiones sobre el tratamiento médico.

Al tomar decisiones, mi defensor del paciente intentará de seguir mis deseos expresados previamente, ya sea que los haya declarado oralmente, en un testamento en vida o en esta designación.

Mi defensor del paciente tiene autoridad para consentir o rechazar el tratamiento en mi nombre, para coordinar servicios médicos y personales para mí, incluida el ingreso a un hospital o centro de cuidados de enfermería, y para pagar dichos servicios con mis fondos.

Mi representante del paciente tendrá acceso a cualquiera de mis registros médicos a los que tenga derecho, inmediatamente después de firmar una Aceptación. Esto servirá como un documento para limitar la responsabilidad en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

Inmediatamente después de firmar una Aceptación, mi defensor del paciente tendrá acceso a mi acta de nacimiento y otros documentos legales necesarios para solicitar Medicare, Medicaid y otros programas gubernamentales.

## **PODER EN RELACION AL SOPORTE VITAL**

(OPCIONAL)

Autorizo expresamente a mi defensor del paciente a tomar decisiones para retener o retirar el tratamiento que me permitiría morir, y reconozco que tales decisiones podrían o permitirían mi muerte. Mi defensor del paciente puede firmar una declaración de no reanimación por mí. Mi defensor del paciente puede rechazar los alimentos y el agua que me podría administrar a través de sondas.

---

(Firma su nombre si desea otorgar esta autoridad a su defensor de pacientes)

## PODER EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

(OPCIONAL)

Autorizo expresamente a mi defensor del paciente a tomar decisiones sobre los siguientes tratamientos si un médico y un profesional de la salud mental determinan que no puedo dar mi consentimiento informado para la atención de la salud mental:

(marque cualquier opción que refleje sus deseos)

terapia ambulatoria

mi ingreso como paciente voluntario formal a un hospital para recibir servicios de salud mental para pacientes internados. Tengo derecho a notificar con tres días de antelación mi intención de salir del hospital.

mi ingreso a un hospital para recibir servicios de salud mental para pacientes internados

medicación psicotrópica

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Renuncio a mi derecho a tener una revocación con efecto inmediato. Si revoco mi designación, la revocación entra en vigencia 30 días a partir de la fecha en que comunico mi intención de revocar. Incluso si elijo esta opción, todavía tengo derecho a dar un aviso de tres días de mi intención de salir del hospital si soy un paciente voluntario formal.

---

(Firme su nombre si desea otorgar esta autoridad a su defensor de pacientes)

## PODER EN RELACIÓN CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

(OPCIONAL)

Autorizo expresamente a mi defensor del paciente a hacer una donación de lo siguiente:

(marque cualquier opción que refleje sus deseos)

cualquier órgano o parte del cuerpo que se necesite con fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación

solo los siguientes órganos o partes del cuerpo enumerados con fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación:

---

todo mi cuerpo para los estudios anatómicos

(opcional) Deseo que mi donación se destine a -

---

(Indique el número del médico, hospital, facultad, banco o individuo)

La donación se hace efectiva a mi muerte. A diferencia de otros poderes que doy a mi defensor del paciente, este poder se mantiene en vigencia después de mi muerte.

---

(Firme su nombre si desea otorgar esta autoridad a su defensor de pacientes)



Puedo cambiar de opinión en cualquier momento comunicando de cualquier manera que esta designación no refleja mis deseos o que no quiero que mi defensor del paciente tenga autoridad para tomar decisiones por mí.

Es mi intención que ninguna persona involucrada en mi atención sea responsable de honrar mis deseos expresados en esta designación o de seguir las instrucciones de mi defensor del paciente.

Se puede confiar en las fotocopias de este documento como si fueran originales.

### **FIRMA**

Firmo este documento voluntariamente y entiendo su propósito.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_  
(Su firma)

\_\_\_\_\_  
(Su dirección y número telefónico)

# DECLARACIÓN SOBRE LOS TESTIGOS

He elegido dos testigos mayores de edad que no están nombrados en mi testamento; que no sean mi cónyuge, padre, hijo, nieto, hermano o hermana; que no son mi médico ni el abogado de mi paciente; que no sea un empleado de mi compañía de seguros de vida o de salud, un empleado de un hogar para ancianos donde resido, un empleado de un programa comunitario de salud mental que me brinde servicios o un empleado del centro de atención médica donde resido ahora.

## DECLARACIÓN Y FIRMA DE LOS TESTIGOS

Firmamos a continuación como testigos. Esta declaración fue firmada en nuestra presencia. El declarante parece estar en su sano juicio y hacer esta designación voluntariamente, sin coacción, fraude o influencia indebida.

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre con letra de molde)      (Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre con letra de molde)      (Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

## ACEPTACIÓN DEL DEFENSOR DE PACIENTES

**(1) Esta designación no entrará en vigencia** a menos que el paciente no pueda participar en las decisiones relacionadas con su salud médica o mental, según corresponda. Si esta designación de defensor del paciente incluye la autoridad para hacer una donación anatómica como se describe en la sección 5506, la autoridad sigue siendo ejercitable después de la muerte del paciente.

**(2) Un defensor del paciente no ejercerá poderes** relacionados con el cuidado del paciente, la custodia y el tratamiento médico o de salud mental que el paciente, si pudiera participar en la decisión, no podría haber ejercido en su propio nombre.

**(3) Esta designación no se puede usar** para tomar una decisión de tratamiento médico para retener o retirar el tratamiento de una paciente que está embarazada que resultaría en la muerte de la paciente embarazada.

**(4) Un defensor del paciente puede tomar la decisión** de retener o retirar un tratamiento que permitiría la muerte de un paciente solo si el paciente ha expresado de manera clara y convincente que el defensor del paciente está autorizado para tomar tal decisión y que el paciente reconoce que tal decisión podría o permitiría la muerte del paciente.

**(5) Un defensor de pacientes no recibirá compensación** por el desempeño de su autoridad, derechos y responsabilidades, pero un defensor de pacientes puede recibir un reembolso por los gastos reales y necesarios incurridos en el desempeño de su autoridad, derechos y responsabilidades.

**(6) Un defensor del paciente actuará de acuerdo** con las normas de atención aplicables a los fiduciarios cuando actúe en nombre del paciente y actuará de acuerdo con los mejores intereses del paciente. Se presume que los deseos conocidos del paciente expresados o evidenciados mientras el paciente puede participar en las decisiones de tratamiento médico o de salud mental son lo mejor para el paciente.

**(7) Un paciente puede revocar su designación** en cualquier momento o de cualquier manera suficiente para comunicar la intención de revocar.

**(8) Un paciente puede renunciar a su derecho a revocar** la designación de defensor del paciente en cuanto al poder de tomar decisiones sobre tratamientos de salud mental, y si se hace tal renuncia, su capacidad de revocar cierto tratamiento se retrasará por 30 días después de que el paciente comunique su intención de revocar.

**(9) Un defensor del paciente puede revocar su aceptación** de la designación en cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar la intención de revocar.

**(10) Un paciente ingresado en un centro o agencia de salud tiene los derechos** enumerados en la Sección 20201 del Código de Salud Pública, Ley Núm. 368 de Actas Públicas de 1978, siendo la Sección 333.20201 de las Leyes Compiladas de Michigan.

Yo, \_\_\_\_\_ comprendo las anteriores  
(Nombre del defensor de pacientes)

condiciones y acepto la designación como defensor del paciente o defensor

sucesor para \_\_\_\_\_, quien firmó un  
(Nombre del paciente)

poder de duración indefinida para la representación médica en  
la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_  
(Firma del defensor de pacientes)

\_\_\_\_\_  
(Firma del defensor de pacientes sucesor)

# Testamento Vital

Yo, \_\_\_\_\_ estoy  
en mi sano juicio y voluntariamente manifiesto lo siguiente.

Si padezco una enfermedad terminal o estoy permanentemente inconsciente según lo determinen mi médico y al menos otro médico, y si no puedo participar en las decisiones relacionadas con mi atención médica, tengo la intención de que esta declaración se respete como la expresión de mi derecho legal a autorizar o rechazar el tratamiento médico.

Mis deseos con respecto al tratamiento médico son -

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(adjunte hojas adicionales si lo desea)

Mi familia, el centro médico y cualquier médico, enfermera y otro personal médico que participe en mi atención no tendrán ninguna responsabilidad civil o penal por seguir mis deseos expresados en esta declaración.

Puedo cambiar de opinión en cualquier momento comunicando de cualquier manera que esta declaración no refleja mis deseos.

Las copias fotostáticas de este documento, una vez firmado y testificado, tendrán la misma fuerza legal que el documento original.

Firmo este documento después de una cuidadosa consideración. Entiendo su significado y acepto sus consecuencias.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_  
(Su firma)

\_\_\_\_\_  
(Su dirección)

### DECLARACION DE LOS TESTIGOS

Firmamos a continuación como testigos. Esta declaración fue firmada en nuestra presencia. El declarante parece estar en su sano juicio y hacer esta designación voluntariamente, sin coacción, fraude o influencia indebida.

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre en letra de molde o a máquina)      (Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre en letra de molde o a máquina)      (Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

# ORDEN DE NO REANIMAR

Esta orden de no reanimar es emitida por \_\_\_\_\_,  
(Escriba el nombre del médico con letra de molde o a máquina)

médico tratante de \_\_\_\_\_.  
(Escriba el nombre del declarante o tutelado con letra de molde o a máquina)

Use la sección de consentimiento correspondiente a continuación, A. o B. o C.

## **A. CONSENTIMIENTO DEL DECLARANTE**

He discutido mi estado de salud con mi médico mencionado anteriormente. Solicito, en caso de que mi corazón y mi respiración se detengan, que ninguna persona intente reanimarme.

Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocada según lo dispuesto por la ley.

Estando en mi sano juicio, ejecuto voluntariamente esta orden, y entiendo todo su significado.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona que firmó por el declarante, si corresponde)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre completo con letra de molde o a máquina)

## B. CONSENTIMIENTO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

(Firma del Defensor de pacientes)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Escriba el nombre del Defensor de pacientes con letra de molde o a máquina)

## C. CONSENTIMIENTO DEL TUTOR

Autorizo que, en caso de que el corazón y la respiración del tutelado se detengan, ninguna persona intentará resucitarlo. Entiendo el pleno significado de esta orden y asumo la responsabilidad de su ejecución.

Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocada según lo dispuesto por la ley.

\_\_\_\_\_

(Firma del Tutor)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Escriba el nombre del Tutor letra de molde o a máquina)

## FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
(Firma del médico)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del médico con letra de molde o a máquina)

## CERTIFICACIÓN DE TESTIGOS

La persona que ha ejecutado esta orden parece estar en su sano juicio y no está bajo coacción, fraude o influencia indebida. Al ejecutar esta orden, el individuo ha (no ha) recibido un brazalete de identificación.

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

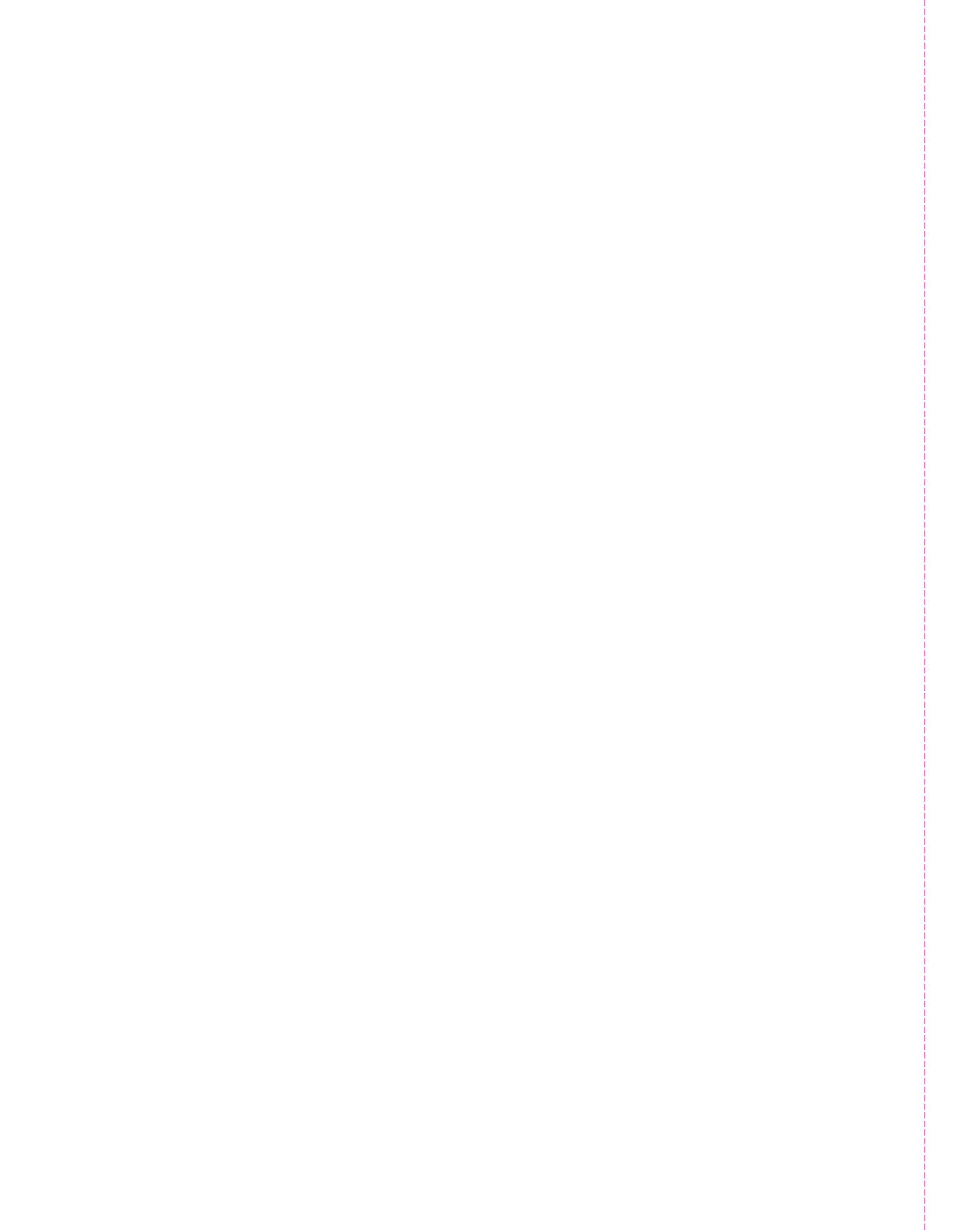
\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del testigo con letra de molde o a máquina)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del testigo con letra de molde o a máquina)

**ESTE FORMULARIO FUE PREPARADO DE CONFORMIDAD Y EN CUMPLIMIENTO CON LA  
LEY DE PROCEDIMIENTO DE NO REANIMACIÓN DE MICHIGAN**



# **ORDEN DE NO REANIMAR**

Use la sección de consentimiento correspondiente a continuación, A o B.

## **A. CONSENTIMIENTO DEL DECLARANTE**

Solicito, en caso de que mi corazón y mi respiración se detengan, que ninguna persona intente reanimarme.

Esta orden es efectiva hasta que sea revocada según lo dispuesto por la ley.

Estando en mi sano juicio, ejecuto voluntariamente esta orden, y entiendo todo su significado.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona que firmó por el declarante,  
si corresponde)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre completo con letra de molde o a máquina)

## **B. CONSENTIMIENTO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE**

Autorizo que en caso de que el corazón y la respiración del declarante se detengan, ninguna persona intentará resucitarlo. Entiendo la importancia total de esta orden y asumo la responsabilidad de su ejecución.

Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocada según lo dispuesto por la ley.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Defensor de pacientes)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del Defensor de pacientes con letra de molde o a máquina)

### **CERTIFICACIÓN DE TESTIGOS**

La persona que ha ejecutado esta orden parece estar en su sano juicio y no está bajo coacción, fraude o influencia indebida. Al ejecutar esta orden, el individuo ha (no ha) recibido un brazalete de identificación

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del testigo con letra de molde o a máquina)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del testigo con letra de molde o a máquina)

**ESTE FORMULARIO FUE PREPARADO DE CONFORMIDAD Y EN CUMPLIMIENTO CON LA  
LEY DE PROCEDIMIENTO DE NO REANIMACIÓN DE MICHIGAN**

# Acto de Donación Anatómica

Yo, \_\_\_\_\_, estoy en mi sano juicio, y suscribo el presente acto de forma voluntaria. Con la esperanza de poder ayudar a otros, hago el siguiente obsequio anatómico que entrará en vigencia cuando muera: (Puede marcar cualquier casilla o ambas casillas A y C)

A. Cualquier órgano o parte del cuerpo que se necesite con fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación.

B. Únicamente los siguientes órganos o partes del cuerpo enumerados con fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

C. Todo mi cuerpo para los estudios anatómicos.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Su firma)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

## OPCIONAL

Deseo que mi donación se destine a \_\_\_\_\_.  
(Indique el nombre del médico, hospital, facultad, banco de órganos o individuo)

Deseo que mi cuerpo esté presente en mi funeral:    \_\_\_ sí    \_\_\_ no

## DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

La presente acta se firmó por parte del declarante o bajo su dirección en nuestra presencia. En testimonio de lo cual, firmamos a continuación en la presencia del declarante.

---

(Nombre en letra de molde)

---

(Firma del testigo)

---

(Dirección)

---

(Nombre en letra de molde)

---

(Firma del testigo)

---

(Dirección)

El Michigan Long Term Care Ombudsman Program (Programa de defensores de pacientes para cuidados a largo plazo de Michigan) se esfuerza por mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida de los residentes de hogares de enfermería, hogares para ancianos y hogares para el cuidado de adultos. El programa cuenta con defensores locales ubicados en todas partes del estado que realizan visitas frecuentes a las instalaciones y trabajan directamente con los residentes para resolver sus problemas.

Para obtener más información sobre el Programa de defensores de pacientes o para obtener ayuda gratuita y confidencial, comuníquese con un defensor local llamando al **1-866-485-9393**.



Directivas Anticipadas 2018