

## Términos que necesita conocer

### Declaración Jurada para Futura Atención Médica

Es un documento escrito que indica que tipo de tratamiento médico una persona desea o no recibir en el futuro si es que él/ella no puede hacer sus deseos públicos.

### Hidratación y Alimentación Artificial

Ocurren cuando el alimento y el agua son dados a una persona a través de un tubo.

### Autopsia

Es una examinación realizada a un cadáver para determinar la causa de muerte.

### Cuidado de Alivio

El cuidado que ayuda mantener a una persona cómoda pero cuya intención no es sanar. Los baños, el cambiar de posición, mantener los labios húmedos son tipos de cuidado de alivio.

### Resucitación Cardiopulmonar RCP

Es el tratamiento para tratar de reiniciar la respiración o el latido del Corazón de una persona. RCP puede realizarse empujando el pecho, a través de un tubo insertado dentro de la garganta o a través de otros tratamientos.

### Carta Poder para el Cuidado de Salud

Una declaración jurada para futura atención médica nombra a una persona a tomar decisiones médicas para otra persona en el futuro en el caso de que él/ella no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

### Tratamiento de soporte vital

Es cualquier tratamiento medical que es utilizado para prevenir la muerte de una persona. Un respirador, RCP y la hidratación y nutrición artificial son ejemplos de tratamientos de soporte vital.

### Testamento Vital

Es una declaración jurada para futura atención medica que indica que tratamiento medico una persona desea o no en el caso que él/ella no puede hacer sus deseos públicos.

### Donación de Órganos y Tejidos

Es cuando una persona permite que sus órganos (como los ojos o los riñones) y otras partes del cuerpo (como la piel) sean removidos antes de fallecer para ser trasplantados para el uso de otra persona o para ser utilizados para propósitos experimentales.

### Estado Vegetativo Persistente

Es cuando un persona esta inconsciente y no hay expectativas de que recupere el conocimiento aun recibiendo tratamiento médico. El cuerpo puede moverse y los ojos pueden estar abiertos pero, por lo que se conoce, la persona no puede pensar ni responder.

### Condición Terminal

Es una condición continua causada por una lesión o enfermedad que no tiene cura y por la cual los doctores esperan el fallecimiento a pesar de recibir tratamiento médico.

## Su Carta Poder para Cuidados de la Salud, Testamento en Vida y Otros Deseos

Este documento ha sido preparado y distribuido como parte del servicio informativo de la Asociación de Hospitales del Distrito de Columbia.

### INSTRUCCIONES Y DEFINICIONES

#### Introducción

Este formulario es la combinación de una Carta Poder para Cuidados de Salud y un Testamento en Vida para ser utilizado en el Distrito de Columbia, Maryland y Virginia.

Con este formulario usted puede:

- Designar a alguien que tome decisiones medicas por usted si en el futuro usted no es capaz de tomarlas por sí mismo(a);  
y/o
- Indicar que tratamiento médico usted desea o no recibir si en el futuro no es capaz de hacer sus deseos públicos.

#### Instrucciones

- Lea cada sección cuidadosamente.
- Hable con la persona que usted desea designar para asegurarse que él/ella comprende cuáles son sus deseos y está dispuesto(a) a asumir esta responsabilidad.
- Coloque las iniciales de su nombre en el espacio en blanco designado delante de las opciones que usted desea seleccionar.
- Llene solamente las opciones que usted desea debajo de las Partes 1, 2 y 3. Su Declaración Jurada para Futura Atención Médica será válida en las partes completadas si es que ha sido firmada correctamente.
- Agregue cualquier instrucción especial en los espacios en blanco que estén disponibles. Usted puede escribir comentarios adicionales en una hoja de papel por separado pero, debe de indicar en la declaración jurada que existen hojas adicionales.
- Firme el formulario frente a un testigo.
- Entregue una copia de su declaración jurada para futura atención médica y discútalas con su doctor, enfermera, la persona que usted ha designado a tomar decisiones por usted, su familia y cualquier persona que esté involucrada en su cuidado.
- Comprenda que usted puede cambiar o cancelar este documento en cualquier momento.

Para obtener más información

llame al:

Servicios de Trabajadores Sociales o al de Servicios  
a Familias  
(202)476-3070



# DECLARACION JURADA PARA FUTURA ATENCION MÉDICA

## FORMULARIO PROVISIONAL



Este formulario debe ser completado por un paciente que **tiene** una Declaración Jurada para Futura Atención Medica **pero que no tiene una copia disponible** al ser admitido al Children's National Medical Center. Este formulario servirá como sustituto de la verificación de los deseos del paciente hasta que la versión original de la Declaración Jurada para Futura Atención Medica sea presentada.

Tengo una Declaración Jurada para Futura Atención Medica que no ha sido provista por Children's National Medical Center. Entiendo que para proteger el derecho que demostrado a través de la declaración jurada para futura atención médica, necesito comunicar mis deseos con respecto a mi cuidado médico futuro a los proveedores del cuidado de mi salud. Por lo tanto, a continuación se presentan los detalles de mi declaración jurada:

	SI	NO
Si tengo una condición terminal, quiero que se utilicen los métodos medicamente apropiados para mantenerme vivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SI USTED RESPONDIO NO, CONTESTE LAS SIGUIENTES SEIS PREGUNTAS</b>		
<b>¿Usted desea...</b>		
1. <b>Que lo mantengan en un ventilador</b> (un aparato mecánico para ayudarlo a respirar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>RCP</b> (Resucitación Cardiopulmonar . . . Procedimiento medico de emergencia para estimular el Corazón y/o brindar aire a los pulmones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Antibióticos</b> (medicamentos para combatir infecciones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Medicamentos para el Dolor</b> (el administrarle medicamentos para aliviar el dolor aun cuando esto pueda resultar en perdida del conocimiento y/o atentar contra la vida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Que lo alimenten a través de un tubo en el estómago si no puede comer?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Que lo alimenten e hidraten medicamente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**No puedo recordar el contenido de mi declaración jurada para futura atención médica y deseo completar una nueva declaración.**

He designado un apoderado o sustituto en mi Carta Poder para Cuidados de Salud:  Yes  No

Si usted no ha designado a un apoderado o sustituto en su Carta Poder para Cuidados de Salud; ¿Hay alguien que usted quiera designar para que tome decisiones por usted si es que usted no es capaz de hablar por sí mismo?

Nombre:

Teléfono:

***En cualquier momento usted puede cambiar su manera de pensar acerca de cualquiera de las respuestas brindadas a cualquiera de estas preguntas notificando a su enfermera o a su médico.***

Comentarios que usted desearía realizar:

Comprendo y acepto que este documento sirve como un registro del contenido de mi Declaración Jurada para Futura Atención Medica vigente hasta que pueda proporcionar una copia a Children's National Medical Center. **El personal de CNMC no puede servir de testigo.**

Firma del Paciente:

Fecha:

Testigo:

Fecha:



**Mi Carta Poder para Cuidados de Salud, Testamento Vital y Otros Deseos**

I, \_\_\_\_\_, escribe este documento como una directiva con respecto al cuidado de mi salud en el futuro.

**Escriba sus iniciales en las opciones que usted desea.**

**PARTE 1. MI CARTA PODER PARA CUIDADOS DE SALUD**

<input type="checkbox"/>	Yo designo a esta persona para que tome decisiones acerca de mi cuidado médico si es que no pudiese tomarlas por mí mismo(a).	<input type="checkbox"/>	Si la persona que yo he designado primariamente no puede tomar decisiones por mí, designo a la siguiente persona:
Nombre		Nombre	
Teléfono de Casa:		Teléfono de Casa:	
Teléfono de Trabajo:		Teléfono de Trabajo:	
Dirección:		Dirección:	

<input type="checkbox"/>	No he designado a ninguna persona para que tome decisiones por mí en ningún otro documento.
--------------------------	---

*Deseo que la persona que he designado, mi médico, mi familia y otros que se guíen por las decisiones que he tomado a continuación.*

**PARTE 2. MI TESTAMENTO VITAL**

Estos son mis deseos para mi cuidado médico futuro si en algún momento no puedo tomar estas decisiones por mí mismo(a).

<b>A. Estos son mis deseos si tengo una <b>condición terminal</b>:</b>	<b>B. Estos son mis deseos si me encuentro en un <b>estado vegetativo persistente</b>:</b>
--	--

Tratamientos de Soporte Vital		Tratamientos de Soporte Vital	
<input type="checkbox"/>	No deseo que se empiecen a administrar tratamientos de soporte vital (incluyendo RCP). Si tratamientos de soporte vital empiezan a ser administrados, deseo que se interrumpan.	<input type="checkbox"/>	No deseo que se empiecen a administrar tratamientos de soporte vital (incluyendo RCP). Si tratamientos de soporte vital empiezan a ser administrados, deseo que se interrumpan.
<input type="checkbox"/>	Deseo recibir los tratamientos de soporte vital que mi médico considere los más apropiados para mí.	<input type="checkbox"/>	Deseo recibir los tratamientos de soporte vital que mi médico considere los más apropiados para mí.
<input type="checkbox"/>	Otros deseos:	<input type="checkbox"/>	Otros deseos:

Alimentación e Hidratación Artificial		Alimentación e Hidratación Artificial	
<input type="checkbox"/>	No deseo que se empiece a administrar alimentación o hidratación artificial si es el tratamiento principal para mantenerme en vida. Si la alimentación o la hidratación artificial empiezan a ser administrados, deseo que sean interrumpidos.	<input type="checkbox"/>	No deseo que se empiece a administrar alimentación o hidratación artificial si es el tratamiento principal para mantenerme en vida. Si la alimentación o la hidratación artificial empiezan a ser administrados, deseo que sean interrumpidos.
<input type="checkbox"/>	Deseo que se me brinde alimentación e hidratación artificial incluso si fuesen el tratamiento principal para mantenerme en vida.	<input type="checkbox"/>	Deseo que se me brinde alimentación e hidratación artificial incluso si fuesen el tratamiento principal para mantenerme en vida.
<input type="checkbox"/>	Otros deseos:	<input type="checkbox"/>	Otros deseos:

Cuidado de Alivio		Cuidado de Alivio	
<input type="checkbox"/>	Deseo que se me mantenga lo mas cómodo posible y libre de dolor inclusive si este tratamiento acelere mi muerte o acorte mi vida.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Otros deseos:	<input type="checkbox"/>	Otros deseos:



# DECLARACION JURADA PARA FUTURA ATENCION MÉDICA



## DC, Maryland y Virginia

Otras Instrucciones
Usted tiene el derecho de estar involucrado en todas las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. Inclusive, aquellas que no estén asociadas con condiciones terminales o estados vegetativos persistentes. Si usted tiene otros deseos que no han sido indicados en este documento, por favor indíquelos aquí:

### PARTE 3. OTROS DESEOS

Donación de Órganos		Autopsia	
<input type="checkbox"/>	Deseo donar todos mis órganos y tejidos.	<input type="checkbox"/>	Yo acepto recibir una autopsia si mi médico lo desea.
<input type="checkbox"/>	Solamente deseo donar estos órganos y tejidos:	<input type="checkbox"/>	Yo no deseo una autopsia.
<input type="checkbox"/>	Yo no deseo donar ninguno de mis órganos o tejidos.		
<input type="checkbox"/>	Otros deseos:		
		Si usted no desea agregar nada a las decisiones mencionadas anteriormente, o si usted tiene alguna otra declaración acerca de su cuidado médico, usted puede hacerlo en una hoja adicional. Si lo hace, indique el número de páginas que usted está añadiendo aquí:	
		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	

### PARTE 4. FIRMAS

**Usted y dos testigos deben de firmar este documento para que sea considerado un documento legal.**

#### Su firma

<i>A continuación, a través de mi firma, declare que entiendo el propósito y el efecto de este documento.</i>		Fecha	
Nombre Impreso		Firma	
Dirección			

#### La firma de sus testigos (El personal de CNMC no puede servir de testigo)

Yo considero que la persona que ha firmado esta Declaración Jurada para Futura Atención Medica está en pleno juicio, que él/ella firmo o certifico esta declaración jurada en mi presencia y que él/ella no está actuando bajo presión, coerción, fraude o influencia indebida. No estoy relacionado con la persona certificando esta declaración jurada a través de lazos sanguíneos, matrimonio o adopción ni, a mi entender o conocimiento, estoy incluido en su testamento. No soy la persona designada en esta declaración jurada. No soy el proveedor de servicios de salud o un empleado de proveedor de servicios de salud actual, o que ha sido en el pasado responsable por el cuidado de la persona que certifica esta Declaración Jurada para Futura Atención Medica.

Testigo #1		Testigo #2	
Nombre Impreso		Nombre Impreso	
Firma	Fecha	Firma	Fecha
Dirección		Dirección	

