

Directiva de Atención Médica (o "Testamento en Vida")

¿Qué es una Directiva de Atención Médica?

Es un formulario que le permite decir qué tipo de tratamientos médicos desea o *no* desea si tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente y usted no puede tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Una Directiva de Atención Médica también le permite escribir sus valores de atención médica.

¿Qué son los valores de atención médica?

Son sus deseos y preferencias en cuanto a su atención médica, incluyendo sus preferencias religiosas, éticas y personales en cuanto a la atención. Deberían guiar las decisiones de la atención de su salud cuando usted no pueda tomar decisiones propias en todas las situaciones, no solo si tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente. Algunos ejemplos de lo que puede incluir son:

- "Me preocupa tener una sensación de ahogo. Por favor, hagan todo lo que puedan para aliviarme de ese estrés".
- "Puedo tolerar un grado bajo de dolor - equilibren el dolor con mantener mi mente despejada".
- "La calidad de vida es más importante para mí que recibir mucha atención médica".
- "Lo que más me importa es estar en un hospital con una atención médica excelente".
- "La capacidad de estar al aire libre es lo que hace que la vida valga la pena para mí. Si mi estado de salud me impide estar fuera del todo, entonces ya no querría vivir".
- "Para mí es importante poder reconocer a mi familia y despedirme".
- "Quiero pasar mis últimos días en casa".
- "En mi religión, nosotros . . . (describa sus tradiciones religiosas con respecto a la atención médica).
- "Me encanta la música de jazz y me gustaría escucharla cada vez que sea posible".

¿Mi formulario de la Directiva de Atención Médica dice *quién* tomará decisiones por mí?

No. Para eso, también necesitará un formulario de Poder Notarial Duradero. Un formulario de poder notarial permite que usted elija a un amigo o pariente de confianza para que le ayude con sus decisiones de atención médica. Puede encontrar formularios para un Poder Notarial Duradero en WashingtonLawHelp.org.

¿Todavía puedo tomar mis propias decisiones?

Sí. Todavía puede tomar sus propias decisiones sobre su atención médica si es capaz de hacerlo. También puede cambiar o cancelar su directiva en cualquier momento.

¿Es necesario que mi formulario de la Directiva de Atención Médica sea notariado?

Debería firmar el formulario de la Directiva de Atención Médica ante un notario. Si no puede encontrar un notario, puede firmar ante dos testigos "desinteresados".

¿Qué debo hacer después de firmarlo?

Debería dárselo a su proveedor médico, a su agente y a un amigo o pariente de confianza. También debería preguntar a su hospital local si lo pueden poner en su expediente.

¿Hay otros tipos de directivas?

Sí. Hay directivas de atención médica que le permiten decir qué tipo de atención desea si tiene una discapacidad de salud mental o demencia. Estas otras directivas las puede encontrar en WashingtonLawHelp.org.

¿Y si necesito asistencia legal?

Fuera del Condado de King: Llame al Teléfono Directo de CLEAR al 1-888-201-1014, de lunes a viernes, entre las 9:15 a. m. y las 12:15 p. m.

Condado de King: Llame al 211 para información y canalización a un proveedor apropiado de servicios legales de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 6:00 p. m. También puede llamar al (206) 461-3200 o al teléfono gratuito 1-877-211-WASH (9274).

También puede encontrar información sobre proveedores de servicios legales en el Condado de King en www.resourcehouse.com/win211/.

Las personas sordas, con problemas para oír, o con dificultades del habla, pueden llamar a CLEAR o al 211 (o gratis al 1-877-211-9274) usando el servicio de repetición de su opción.

Cuando sea necesario, el 211 y CLEAR harán un enlace telefónico con intérpretes gratis.

Hay publicaciones con información sobre muchos asuntos legales, videos, y paquetes informativos de autoayuda gratuitos en WashingtonLawHelp.org.

Esta publicación ofrece información general sobre sus derechos y responsabilidades.

No es su intención reemplazar asesoramiento legal específico.

Esta información se actualizó por última vez en mayo de 2020.

Se otorga permiso para su copia y distribución a *Alliance for Equal Justice* y a individuos solo para fines no comerciales

Directiva de Atención Médica de

[Mi Nombre]

I am of sound mind and body and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself about life sustaining medical treatment, my relatives, friends, agents and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the remainder should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

(Estando de mente y cuerpo sano, ejecuto voluntariamente esta directiva de atención médica. Si no puedo tomar decisiones por mí mismo acerca de tratamiento médico para el mantenimiento de mi vida, mis familiares, amistades, agentes y proveedores médicos deberían respetar plenamente cada parte de esta directiva. Si alguna de las partes de esta directiva no es válida, el resto debe ser respetado. Revoco cualquier otra directiva de atención médica que haya firmado en el pasado.)

1. **Withhold or Withdraw Treatment.** If my attending physician diagnoses me with a **terminal condition**, or if two physicians determine that I am in a **permanent unconscious condition**, and if my physician(s) determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, the following treatment should be withheld or withdrawn from me:

*(Retención o Retiro de Tratamiento. Si el médico que me atiende me diagnostica una **condición terminal**, o si dos médicos determinan que estoy en una **condición inconsciente permanente**, y si mi(s) médico(s) determina(n) que el tratamiento para mantener la vida solo prolongaría artificialmente el proceso de morir, se debería retener o retirar el siguiente tratamiento de mi persona:)*

(check all that apply) / (marcar todos los que correspondan)

- Artificial nutrition / *(Nutrición artificial)*
- Artificial hydration / *(Hidratación artificial)*
- Artificial respiration / *(Respiración artificial)*
- Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure
(Resucitación cardiopulmonar (RCP), incluyendo la ventilación artificial, fármacos reguladores del corazón, diuréticos, estimulantes, o cualquier otro tratamiento para la insuficiencia cardíaca)

Mi Nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

- Surgery to prolong my life or keep me alive
(*Cirugía para prolongar mi vida o mantenerme vivo*)
- Blood dialysis or filtration for lost kidney function
(*Diálisis o filtración de la sangre para la pérdida de función renal*)
- Blood transfusion to replace lost or contaminated blood
(*Transfusión sanguínea para reemplazar pérdida o contaminación de la sangre*)
- Medication used to prolong life, not for controlling pain
(*Medicamentos que se usan para prolongar la vida, no para controlar el dolor*)
- Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially
(*Cualquier otro tratamiento médico usado para prolongar mi vida o mantenerme con vida artificialmente*)

2. **Comfort Care and Pain Medication.** If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

(Cuidado para Mantenerme Cómodo y Medicamento para el Dolor. Si yo parezco estar experimentando dolor o molestias, quiero tratamiento y medicamentos que me mantengan cómodo, aún si mis proveedores médicos piensan que esto podría apresurar mi muerte involuntariamente.)

3. **Health Care Institutions.** If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

(Instituciones de Salud. Si me internan en un hospital u otra institución médica que no respetará esta directiva debido a creencias religiosas o de otro tipo: (1) mi consentimiento para ser internado no es consentimiento implícito para tratamiento, y (2) quiero ser trasladado tan pronto sea posible a un hospital u otra institución médica que respetará mi directiva.)

Mi Nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

4. **Changes and Revocation.** I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can revoke this directive at any time.

(Cambios y Revocación. Entiendo que puedo cambiar lo que dice esta directiva antes de firmarla. También entiendo que puedo revocar esta directiva en cualquier momento.)

5. **Health Care Values:** The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

(Valores de Atención Médica: Los siguientes deseos y preferencias deberían guiar todas las decisiones que se tomen sobre mi cuidado:)

Mi Nombre: _____ Mi fecha de nacimiento: _____

Mi Firma

Fecha

Notarization (preferred) / (Notarización - preferible)

State of Washington / (*Estado de Washington*)

County of / (*Condado de*) _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____, is the person who appeared before me, signed above, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

(*Certifico que conozco o tengo pruebas satisfactorias de que _____, es la persona que compareció ante mí, firmó arriba y reconoció que firmó libre y voluntariamente para los fines mencionados en este instrumento.*)

Date / (*Fecha*)

Signature of Notary / (*Firma de Notario*)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington.

(*NOTARIO PÚBLICO para el Estado de Washington.*)

My commission expires / (*Mi comisión vence*) _____.

Statement of Witnesses (alternative) / (Declaración de los testigos (alternativa))

On _____, the declarer of this document signed it in my presence. I believe the declarer is able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily.

(*A fecha de _____, el declarante de este documento lo firmó en mi presencia. Creo que el declarante es capaz de tomar decisiones de salud, de comprender este documento, y de haberlo firmado voluntariamente.*)

- I am not related by blood or marriage to the declarer.
(*No estoy emparentado por sangre ni por matrimonio con el declarante.*)
- I am not now entitled to receive any portion of the declarer's estate, either by will or by operation of law, or as a result of any claim against the declarer.
(*Actualmente no tengo derecho a recibir ninguna parte de la herencia del declarante, ya sea por testamento o por efecto de la ley, ni como resultado de ninguna reclamación contra el declarante.*)

Mi Nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

- I am not the declarer’s attending physician or an employee of that physician or of a health facility in which the declarer is a patient.
(No soy el médico tratante del declarante ni un empleado de ese médico ni de un centro de salud donde el declarante sea paciente.)

Witness 1 / (Testigo 1)

Witness 2 / (Testigo 2)

Signature / (Firma)

Signature / (Firma)

Print Name / (Nombre con letra de molde)

Print Name / (Nombre con letra de molde)

Address / (Dirección)

Address / (Dirección)

Mi Nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Health Care Directive Contact Information (*Información de Contacto de la Directiva de Atención Médica*)

| | |
|---|---|
| My name – first, middle, last (<i>Mi nombre – primer nombre, segundo nombre, apellido</i>) | |
| | |
| My date of birth (<i>Mi fecha de nacimiento</i>) | My primary care medical provider (<i>Mi proveedor médico de atención primaria</i>) |
| | |
| My phone number (<i>Mi número de teléfono</i>) | My email address (<i>Mi dirección de correo electrónico</i>) |
| | |
| My mailing address (<i>Mi dirección de correo postal</i>) | |
| | |

- I have a Durable Power of Attorney form that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I am not able.
(*Tengo un formulario de Poder Notarial Duradero que permite a otra persona (mi "agente") tomar decisiones de atención médica por mí si yo no puedo.*)

| | |
|--|--|
| My health care agent’s name (<i>El nombre de mi agente para la atención médica</i>) | |
| | |
| My agent’s relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.) (<i>La relación de mi agente conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.)</i>) | |
| | |
| My agent’s phone number (<i>El número de teléfono de mi agente</i>) | My agent’s email address (<i>La dirección de correo electrónico de mi agente</i>) |
| | |

Mi Nombre: _____ Mi fecha de nacimiento: _____

| | |
|---|---|
| My alternate health care agent's name <i>(El nombre de mi agente alternativo para la atención médica)</i> | |
| | |
| My alternate agent's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.) <i>(La relación de mi agente alternativo conmigo (por ejemplo, amigo, pareja, cónyuge, hermana, etc.))</i> | |
| | |
| My alternate agent's phone number <i>(El número de teléfono de mi agente alternativo)</i> | My alternate agent's email address <i>(La dirección de correo electrónico de mi agente alternativo)</i> |
| | |

Mi Nombre: _____ Mi fecha de nacimiento: _____

Glosario

A continuación, hay algunos términos que pueden ser útiles cuando se lea una directiva de atención médica:

- **Médico de Atención Médica:** el médico seleccionado por usted, o asignado a usted, y que tiene la responsabilidad principal por su tratamiento y atención.
- **Testigo desinteresado:** una persona que no está emparentada con usted, que no heredará de usted y que no es su proveedor médico.
- **Tratamiento para mantener la vida:** cualquier intervención médica artificial o mecánica que, cuando se aplica a una persona diagnosticada con una condición terminal o a una persona en estado de inconsciencia permanente, solo prolongaría el proceso de morir. El tratamiento para mantener la vida no incluye medicamentos o intervenciones médicas necesarias para aliviar el dolor solamente.
- **Estado de inconsciencia permanente:** un estado incurable e irreversible; un estado en el que una persona no tiene ninguna probabilidad razonable de recuperarse de un coma irreversible o de un estado vegetativo persistente según un criterio médico razonable.
- **Médico:** una persona que cuenta con una licencia conforme a las leyes para médicos y de osteopatía del Estado de Washington.
- **Revocar:** cancelar.
- **Condición terminal:** una condición incurable e irreversible causada por una herida, enfermedad o dolencia, que causará la muerte en un período de tiempo razonable según los estándares médicos aceptados, y en la que la aplicación de un tratamiento de mantenimiento de la vida solo sirve para prolongar el proceso de morir.