



# Directiva de la atención de la salud de Minnesota

*Minnesota Health Care Directive – Spanish*

## Índice

Instrucciones para completar el formulario

Sección A: Mi nombre y otra información

Sección B: Mi representante de la atención de la salud

Sección C: Poderes de mis representantes de la  
atención de la salud

Sección D: Mis esperanzas y deseos

Sección E: Mis instrucciones de la atención de la salud

Sección F: Otros aspectos a tener en cuenta

Sección G: Autoridad legal

# Directiva de la atención de la salud de Minnesota: instrucciones

Una directiva de la atención de la salud es un documento legal escrito que informa a los demás sus preferencias y deseos en cuanto a la atención de la salud si no puede comunicarse o tomar sus propias decisiones de la atención de la salud. Las siguientes instrucciones son para el formulario de Directiva de la atención de la salud de HealthPartners. **Lea estas instrucciones antes de completar su directiva de la atención de la salud.**

## Acerca de su directiva de la atención de la salud

- Su directiva de la atención de la salud le permite lo siguiente:
  - » Designar a alguien para que colabore con sus médicos y tome decisiones de la atención de la salud en su nombre cuando no pueda hablar por usted mismo.
  - » Brindar instrucciones de la atención de la salud para guiar a otros en la toma de decisiones de la atención de la salud en su nombre cuando no pueda hablar por usted mismo.
- Para que este sea un documento legal, debe completar lo siguiente:
  - » Sección A: Mi nombre y otra información.
  - » Sección B: Mi representante de la atención de la salud y/o Sección E: Mis instrucciones, opciones y preferencias de la atención de la salud.
  - » Sección G: Cómo hacer que el documento sea legal.
- La sección D es opcional, pero le recomendamos que la complete. Cuanta más información incluya en su directiva de la atención de la salud, más fácil será para su equipo de atención, su familia y sus amigos comprender sus deseos.
- No es necesario que incluya instrucciones escritas en la Sección E, pero es útil hacerlo. Sin instrucciones por escrito, su representante de la atención de la salud tomará decisiones basadas en sus deseos expresados verbalmente o en lo que sea mejor para usted si no se conocen sus deseos.
- Informe a su representante o sus representantes de la atención de la salud que los ha elegido. Asegúrese de que estén dispuestos y puedan hacer este importante trabajo por usted. Deles una copia de su directiva de la atención de la salud.
- Una vez que complete una nueva directiva de la atención de la salud, destruya cualquier otra versión. Las directivas de la atención de la salud más antiguas ya no serán válidas.

## Sección A: Mi nombre y otra información

En la Sección A de la directiva de la atención de la salud, usted proporciona su nombre completo, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono.

## Sección B: Mi representante de la atención de la salud

En la Sección B de la directiva de la atención de la salud, usted nombra a uno o más representantes de la atención de la salud. Un representante de la atención de la salud es alguien que comunica sus deseos y decisiones con respecto a la atención de la salud si usted no puede hacerlo en los siguientes casos:

- Presenta una enfermedad o lesión.
- Si su equipo de atención de la salud determina que usted no puede tomar sus propias decisiones de la atención de la salud.

Su representante de la atención de la salud debe cumplir con lo siguiente:

- Tener 18 años o más.
- Actuar de buena fe.
- Seguir sus instrucciones de la atención de la salud.
- Tomar decisiones en función de lo que sea mejor para usted.

Los representantes de la atención de la salud son personas en las que confía para que tomen decisiones de la atención de la salud por usted. Sus representantes de la atención de la salud pueden ser familiares o amigos. No pueden ser un proveedor de atención de la salud ni un empleado de un proveedor de atención de la salud que le brinde atención directa a menos que:

- Usted esté relacionado con esa persona por consanguinidad o matrimonio, unión de hecho registrada o adopción.
- Usted proporcione un motivo claro en el documento de directivas de la atención de la salud por el cual desea que esa persona actúe como su representante.

En Minnesota se le permite tener varios representantes de la atención de la salud que actúen juntos para tomar decisiones. Se los denomina representantes de la atención de la salud conjuntos. Tenga en cuenta que tener representantes de la atención de la salud conjuntos puede ser un desafío. Si decide tener representantes de la atención de la salud conjuntos, asegúrese de proporcionar información sobre lo siguiente:

- Cómo resolverán las diferencias que puedan tener sobre su atención.
- Si pueden tomar decisiones de manera independiente.

## Sección C: Poderes de mis representantes de la atención de la salud

Si no puede comunicarse por usted mismo, su representante de la atención de la salud tiene la facultad de hacer lo siguiente:

- Aceptar, rechazar o cancelar decisiones sobre su atención de la salud, incluso si ha comenzado un tratamiento (como pruebas, medicamentos, cirugía y alimentación por sonda).
- Interpretar las instrucciones de su directiva de la atención de la salud teniendo en cuenta sus preferencias, valores y creencias.
- Revisar y divulgar sus registros médicos según sea necesario para su atención de la salud (a menos que usted lo limite).
- Organizar su atención de la salud y tratamiento en Minnesota o en otro estado o lugar que el representante de la atención de la salud considere adecuado.
- Decidir qué médicos clínicos y organizaciones le brindan atención de la salud.
- Si está específicamente autorizado, tomar decisiones sobre los cuidados del cuerpo postmortem.
- Tomar decisiones sobre tratamientos de salud mental, incluidas las decisiones relacionadas con el uso de medicamentos antipsicóticos. Los antipsicóticos, antes denominados neurolépticos, son una clase de medicamentos que se usan para tratar distintas afecciones de salud mental, como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar. También se pueden usar para ayudar a tratar ciertos tipos de depresión o para ayudar a manejar la excitación psicomotora aguda.

## Sección D: Mis esperanzas y deseos

En la Sección D, responde preguntas sobre qué es vivir bien para usted, y qué piensa y siente con respecto a los cuidados terminales. Sus respuestas ayudarán a su equipo de atención y a su familia a seguir sus deseos lo mejor que puedan.

## Sección E: Mis instrucciones de la atención de la salud

En la Sección E, usted proporciona sus opciones y preferencias sobre:

- Reanimación cardiopulmonar (Cardiopulmonary resuscitation, CPR): si desea que se intente la CPR. **Sus decisiones sobre la CPR se basan en su salud actual.** Consulte el cuadro en la página 3 para obtener más información sobre la CPR.
- Tratamientos que pueden prolongar la vida: si su salud cambia en el futuro y no se espera que usted se recupere.

En la Sección E también tiene espacio para escribir comentarios adicionales para su equipo de atención. Si se queda sin espacio, coloque sus iniciales en el cuadro y adjunte documentos adicionales a su directiva de la atención de la salud.

## Sección F: Otros aspectos a tener en cuenta

En la Sección F, usted menciona su afiliación espiritual (si la hubiera) y documenta sus deseos sobre los cuidados del cuerpo postmortem (por ejemplo, autopsia, donación de órganos o tejidos, cremación o entierro, y si desea que se celebre un funeral).

La última parte de la Sección F incluye espacio para escribir otros comentarios o instrucciones para su equipo de atención. Si se queda sin espacio, coloque sus iniciales en el cuadro al final de la página y adjunte documentos adicionales a su directiva de la atención de la salud.

## Sección G: Autoridad legal

Después de completar su directiva de la atención de la salud, asegúrese de firmarla y fecharla en presencia de 2 testigos o un notario público. Un notario público es una persona que tiene la autoridad de presenciar formalmente y certificar firmas en documentos legales, como una directiva de la atención de la salud.

## Información sobre la CPR

La reanimación cardiopulmonar (CPR) es un tratamiento utilizado para intentar restablecer el ritmo cardíaco y la respiración cuando se han detenido. La CPR puede incluir la aplicación de presión enérgica sobre el pecho para hacer que la sangre circule, el uso de medicamentos, descargas eléctricas, un tubo respiratorio y hospitalización. La CPR no siempre funciona. La recuperación de la CPR puede ser dolorosa y difícil. La CPR no funciona tan bien para las personas que tienen enfermedades crónicas (a largo plazo) o deterioro del funcionamiento, o ambos.

Las decisiones que tome sobre el intento de CPR se basan en su salud actual. Usted o su representante de la atención de la salud debe analizar la CPR con su equipo de atención de la salud si su salud cambia en el futuro, por ejemplo:

- Si está en estado terminal debido a una enfermedad o lesión incurable.
- Si no tiene una probabilidad razonable de supervivencia si deja de respirar o el corazón se detiene.
- Si tiene pocas probabilidades de sobrevivir a largo plazo si deja de respirar o el corazón se detiene y la CPR causaría un sufrimiento significativo.

Si elige que no intenten realizarle la CPR, seguirá recibiendo todos los otros tipos de atención médica que necesite. Hable con su médico si tiene preguntas sobre la eficacia del intento de CPR en su situación.

## Próximos pasos

Después de completar su directiva de la atención de la salud, asegúrese de hacer lo siguiente:

- Proporcione a su representante o sus representantes de la atención de la salud una copia de esta directiva de la atención de la salud completa. Analice sus opciones de la atención de la salud y la directiva de vez en cuando para mantener la comunicación abierta.
- Hable con otros familiares y amigos cercanos que podrían verse afectados si tiene una enfermedad o lesión grave. Esto les ayudará a saber quién es su representante de la atención de la salud y cuáles son sus opciones de atención de la salud.
- Conserve una copia de la directiva de la atención de la salud donde usted y otras personas puedan encontrarla fácilmente.
- Entregue una copia de esta directiva de la atención de la salud completa a su médico y equipo de atención. Solicite que se incluya su directiva de la atención de la salud en sus registros médicos.
- Revise su directiva de la atención de la salud cada vez que haya cambios en su estado de salud o en su situación de vida (como la muerte de un ser querido o un divorcio).

## Recursos

Puede encontrar otros recursos al buscar "advance directive" (directiva anticipada) en [healthpartners.com](http://healthpartners.com).



# Directiva de la atención de la salud de Minnesota

Minnesota Health Care Directive – Spanish



HDIR

## Revise las instrucciones de la Directiva de la atención de la salud de Minnesota antes de completar este documento.

Comprendo que, para que esto sea un documento legal, debo completar lo siguiente: (1) la Sección A: Mi nombre y otra información; (2) la Sección B: Mi representante de la atención de la salud y/o la Sección E: Mis instrucciones de la atención de la salud; y (3) la Sección G: Cómo hacer que el documento sea legal.

## Sección A: Mi nombre y otra información

Mi nombre completo \_\_\_\_\_ Mi fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Mi dirección \_\_\_\_\_

Mis números de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Mis iniciales aquí indican que un intérprete de idiomas profesional me ayudó a completar este documento.

## Sección B: Mi representante de la atención de la salud

### Mi representante de la atención de la salud principal es:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Números de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

Ciudad, estado \_\_\_\_\_

Si mi representante principal no está dispuesto a tomar decisiones sobre mi atención de la salud, si no puede hacerlo o si no está razonablemente disponible para ello, elijo un representante de la atención de la salud sustituto.

### Mi representante de la atención de la salud sustituto es:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Números de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

Ciudad, estado \_\_\_\_\_

### Mi segundo representante de la atención de la salud sustituto es:

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Números de teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

Ciudad, estado \_\_\_\_\_

Mis iniciales aquí indican que adjunto páginas adicionales a esta directiva de la atención de la salud en las que se identifica a mi representante de la atención de la salud principal y/o a mis representantes sustitutos adicionales. Incluí instrucciones sobre cómo los representantes resolverán las diferencias con respecto a las decisiones de atención, y si deben tomar todas las decisiones de atención en conjunto o pueden actuar de manera independiente.

## Sección C: Poderes de mis representantes de la atención de la salud

Si no puedo hablar por mi cuenta, mi representante de la atención de la salud puede: (1) aceptar, rechazar o interrumpir mi atención, mis tratamientos, servicios o procedimientos; (2) revisar y divulgar mis registros de atención de la salud; (3) elegir a mis proveedores de atención de la salud; y (4) elegir el lugar donde vivo. Comprendo que mi representante de la atención de la salud no puede solicitar atención que esté fuera de la práctica médica estándar.

**Poderes adicionales de mi representantes de la atención de la salud.** Mis iniciales a continuación autorizan a mi representante de la atención de la salud a hacer lo siguiente:

- Continuar como mi representante de la atención de la salud, incluso si nuestro matrimonio o unión de hecho finaliza o ha finalizado legalmente.
- Tomar decisiones de atención de la salud, en el momento que yo lo determine, aunque pueda hablar por mí mismo.
- Tomar decisiones sobre tratamientos de salud mental, incluido el uso de medicamentos neurolépticos/antipsicóticos.
- Si estoy embarazada, determinar si se debe intentar continuar mi embarazo hasta el parto.

Límites a los poderes de mis representantes de la atención de la salud \_\_\_\_\_

## Sección D: Mis esperanzas y deseos

¿Cómo define una buena calidad de vida hoy? ¿Qué es vivir bien?

---

---

¿Cuál sería una calidad de vida inaceptable (por ejemplo, si no pudiera hacer ciertas cosas)?

---

---

Mi opinión sobre recibir o no tratamientos médicos específicos, si los hubiera:

---

---

Lo que pienso y siento con respecto a la atención que desearía recibir al final de la vida:

---

---

Mis iniciales aquí indican que se adjuntan páginas adicionales.

## Sección E: Mis instrucciones, opciones y preferencias de la atención de la salud

Le pido a mi representante de la atención de la salud que comunique mis opciones a mi equipo de atención de la salud. He colocado mis iniciales en uno de los siguientes cuadros, seleccionando la opción que prefiero para cada situación.

### 1. Resucitación cardiopulmonar (CPR)

Consulte el documento de instrucciones de la Directiva de la atención de la salud para obtener información más detallada sobre la resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR). En función de mi salud actual:

- Quiero que se intente realizar CPR si mi corazón se detiene o dejo de respirar.
- Quiero que se intente realizar CPR si mi corazón se detiene o dejo de respirar, en función de mi estado de salud actual. Si mi salud cambia en el futuro y no tengo una posibilidad razonable de recuperación, entonces mi representante (si fue designado) analizará el intento de CPR con mi equipo de atención de la salud, en base a conversaciones anteriores o a las declaraciones que he escrito en la Sección D: Mis esperanzas y deseos.
- No quiero que se intente realizar CPR si mi corazón se detiene o dejo de respirar. Comprendo que, si elijo esta opción, debo visitar a mi médico clínico para completar un formulario de Órdenes del proveedor para el tratamiento de soporte vital (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST).

## Sección E: Mis instrucciones, opciones y preferencias de la atención de la salud (continuación)

### 2. Tratamientos que pueden prolongar mi vida (coloque sus iniciales en uno de los cuadros)

Comprendo que, con cualquiera de las siguientes opciones, continuaré recibiendo todos los medicamentos paliativos y analgésicos, y se me ofrecerán alimentos y líquidos por vía oral si puedo tragar. Si llega el momento en que ya no puedo hablar por mí mismo y mi representante y mi equipo de atención de la salud creen que no recuperaré mi capacidad para razonar, comunicarme o saber quién soy, quiero lo siguiente:

**Recibir todos los tratamientos médicamente razonables disponibles y aceptados por mi equipo de atención de la salud.** Esto incluye, entre otros, la alimentación por sonda, los líquidos i.v. (intravenosos), el respirador (ventilación mecánica) y los antibióticos. Deseo que los tratamientos continúen hasta que sean perjudiciales o dejen de ser útiles.

o

**Interrumpir o no iniciar tratamientos que puedan prolongar mi vida.** Esto incluye, entre otros, la alimentación por sonda, los líquidos i.v. (intravenosos), el respirador (ventilación mecánica) y los antibióticos.

### Comentarios o instrucciones sobre tratamientos que pueden prolongar mi vida

Use este espacio para escribir cualquier instrucción o mensaje adicional con respecto a los tratamientos que puedan prolongar su vida (por ejemplo, probar un tratamiento específico durante un tiempo limitado):

---

---

## Sección F: Otras consideraciones (utilice páginas adicionales si es necesario)

### Afiliación espiritual

Me identifico con la tradición espiritual/religiosa \_\_\_\_\_. Soy miembro de la comunidad espiritual/religiosa, \_\_\_\_\_ ubicada en (ciudad) \_\_\_\_\_.

No me identifico con una tradición espiritual/religiosa en este momento o no deseo informarla aquí.

### Donación de órganos (coloque sus iniciales en uno de los cuadros)

Después de mi muerte, deseo donar mis ojos, tejidos y/u órganos, si puedo. Mi representante de la atención de la salud, de acuerdo con la Ley de Minnesota, puede comenzar y continuar con las intervenciones necesarias para conservar mis órganos, tejidos y ojos hasta que se haya completado la donación. Mis deseos específicos (si los hubiera) son los siguientes:

o

No deseo donar mis ojos, tejidos ni órganos.

### Decisiones sobre mi cuerpo postmortem

Mis iniciales aquí indican que mi representante de la atención de la salud tiene la facultad de tomar decisiones sobre mi cuerpo cuando muera (autopsia, entierro, cremación, funeral).

Mis preferencias con respecto al funeral, la música, los rituales y la funeraria incluyen lo siguiente:

---

---

### Comentarios o instrucciones para mi equipo de atención de la salud

---

---

Mis iniciales aquí indican que se adjuntan páginas adicionales.

## Sección G: Cómo hacer que el documento sea legal

NOTA: En virtud de la ley de Minnesota, 2 testigos o un notario público deben verificar su firma y la fecha. Sus testigos o el notario público no pueden ser nombrados como su representante de la atención de la salud principal ni sustituto.

### Mi firma

He completado este documento voluntariamente y pienso con claridad. Este documento manifiesta mis deseos con respecto a mis decisiones futuras de la atención de la salud.

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

Si no puedo firmar físicamente con mi nombre, le pido a la siguiente persona que firme en mi nombre:

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

**Firma (de la persona a la que se le pide que firme):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Declaración de los testigos

Este documento fue firmado o verificado en mi presencia. Certifico que tengo, al menos, 18 años y no soy designado como representante de la atención de la salud principal ni sustituto en este documento.

Si soy un proveedor de atención de la salud o un empleado de un proveedor de atención de la salud que brinda atención directa a la persona mencionada anteriormente, debo escribir mis iniciales en esta línea: \_\_\_\_\_ . Solo un testigo puede ser un proveedor o un empleado del proveedor que le brinda atención directa en la fecha en que se firma este documento.

#### Testigo 1

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre completo en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Teléfono (opcional) \_\_\_\_\_

#### Testigo 2

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre completo en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Teléfono (opcional) \_\_\_\_\_

o

### Notario Público

En mi presencia, el (*fecha*) \_\_\_\_\_ , (*nombre*) \_\_\_\_\_ reconoció su firma en este documento o que autorizó a la persona que firma este documento a firmar en su nombre. En este documento, no se me menciona como representante de la atención de la salud.

Firma del notario:

Sello del notario:

*Nombramiento válido hasta (fecha):* \_\_\_\_\_