ALABAMA
Instrucciones anticipadas
Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación del consumidor para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 19 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.

2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.

3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.

5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE ALABAMA

Este paquete contiene las Instrucciones anticipadas para la atención médica de Alabama, que protegen su derecho a rechazar el tratamiento médico que no desea o a solicitar el tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones por usted mismo. Este documento es sustancialmente de la misma forma que se establece en la Ley de Muerte Natural de Alabama.

La Sección 1 de este documento es su **Testamento en vida** del estado. Le permite expresar sus deseos para la atención médica en caso de que esté permanentemente inconsciente o desarrolle una afección terminal y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

La Sección 2 de este documento permite el nombramiento de un **apoderado para la atención médica**. Esta sección le permite nombrar a alguien para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre el tratamiento de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo.

La Sección 3 explica algunas de las limitaciones de este documento y le permite mencionar a las personas con las que desea que su médico hable si llega el momento en el que usted deje de recibir un tratamiento de soporte vital.

La Sección 4 de este documento es un formulario opcional de donación de órganos que le permitirá hacer o negarse a hacer una donación de órganos y tejidos.

La Sección 5 es para su firma. Sus instrucciones anticipadas deben firmarse en presencia de dos testigos.

La Sección 6 es un formulario de firma del apoderado. La ley de Alabama establece que su apoderado acepte su función por escrito. Si su apoderado no está disponible para firmar este documento de inmediato, se debe enviar una copia de todo el formulario al apoderado, quien debe devolver una copia firmada de la página de firma del apoderado.

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Alabama?

La ley establece que usted firme su documento, o que le pida a otra persona que lo firme, en

presencia de dos testigos, que deben tener por lo menos 19 años de edad.

Sus testigos **no pueden** ser:

- su apoderado de atención médica,
- estar relacionados con usted por sangre, adopción o matrimonio,
- tener derecho a cualquier parte de su patrimonio, tras su muerte, ya sea a través de su testamento o según las leyes de sucesión interestatal,
- directamente responsables financieros de su atención médica,
- la persona que firmó el documento en su nombre.

Estos testigos también deben firmar el documento para demostrar que le conocen a usted personalmente, que creen que está en su sano juicio y que no caen en ninguna de las categorías de personas que no pueden ser testigos.

Nota: No es necesario que notarice sus Instrucciones anticipadas de Alabama.

¿A quién debo nombrar como mi apoderado?

Su apoderado es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Su apoderado puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre como su apoderado debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para ejecutar las instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando usted nombra a un apoderado y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, esta persona está en la posición más fuerte para abogar por usted. Debido a que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no restringir por error el poder de su apoderado para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su apoderado y otras personas sobre su futura atención médica y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi apoderado?

Sus Instrucciones anticipadas para la atención médica de Alabama entran en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de entender, apreciar y ordenar su tratamiento médico; y cuando su médico y otro médico con experiencia en diagnósticos determinan que usted está permanentemente inconsciente o que padece una afección terminal, y documentan dicho diagnóstico en su expediente médico.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del apoderado

Su apoderado, si nombra a alguno, no tiene potestad para autorizar una psicocirugía, esterilización o aborto, a menos que sea necesario para salvar su vida, ni para que le hospitalicen o traten por una enfermedad mental contra su voluntad.

Las indicaciones de las Instrucciones anticipadas para la atención médica de Alabama de una paciente embarazada que autorizan el suministro, retención o retiro de los tratamientos de soporte vital y la nutrición e hidratación artificiales no se respetarán debido a las restricciones en la ley estatal, y su apoderado estará obligado por las leyes vigentes de Alabama en lo que respecta al embarazo y la interrupción de los embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede revocar sus Instrucciones anticipadas para la atención médica en cualquier momento al:

- borrar, quemar, rasgar o de alguna manera destruir o desfigurar el documento,
- ejecutar, u ordenar a otra persona que ejecute, una revocación escrita firmada y fechada (declaración formal de que usted ha cambiado de opinión),
- expresar de forma verbal su intención de revocar las Instrucciones anticipadas para la atención médica en presencia de un testigo mayor de 19 años de edad, quien debe firmar y fechar una confirmación por escrito de que usted hizo una revocación verbal. Una revocación verbal entra en vigor una vez que la confirmación firmada y fechada se proporciona a su médico o proveedor de atención médica, quien la incluirá en su expediente médico.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar sus deseos y otorgar potestad a su apoderado con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas tiene un sitio web (https://nrc-pad.org/) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes anticipados de atención más detallados con respecto a las enfermedades mentales, puede hablar con su médico y un abogado sobre un poder notarial duradero adaptado a sus necesidades.

¿Qué otros hechos importantes debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su apoderado. Se requiere que el personal de la ambulancia y del Departamento de Emergencias del hospital proporcione reanimación cardiopulmonar (RCP), a menos que tenga una orden médica separada, que generalmente se llama "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de las órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el Departamento de Salud de su estado o el Departamento para el Envejecimiento (https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html). Otros formularios de órdenes con

respecto a la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de mantenimiento de la vida (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de cada estado (https://polst.org/form-patients/). Tanto un formulario de POLST como una orden de DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse a los servicios de emergencia al momento de llegar. Estas instrucciones indican al personal del hospital y de emergencias del hospital que no intente realizar la RCP (o que la detenga si ha comenzado) si su corazón o respiración se detienen.

INSTRUCCIONES

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A "SÍ" O "NO".

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A "SÍ" O "NO".

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE ALABAMA

Este formulario se puede usar en el estado de Alabama para dar a conocer sus deseos sobre el tratamiento médico u otra atención que usted desearía o no desearía recibir en caso de que esté demasiado enfermo como para hablar por sí mismo. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas. Si tiene instrucciones anticipadas, asegúrese de que su médico, familia y amigos sepan que cuenta con ellas, así como dónde se encuentran.

Sección 1. TESTAMENTO EN VIDA

Yo,_____, estoy en pleno uso de mis facultades mentales, tengo al menos 19 años de edad y me gustaría dar a conocer los siguientes deseos. Deseo que mi familia, mis médicos, trabajadores de atención médica y todos los demás proveedores sigan las instrucciones que aquí escribo. Sé que en cualquier momento puedo cambiar de opinión sobre estas instrucciones si rompo este formulario y escribo uno nuevo. También puedo acabar con estas instrucciones si las rompo, comunico a alguien de al menos 19 años de edad mis deseos y le pido que los escriba.

Entiendo que estas instrucciones solo se usarán si no soy capaz de hablar por mí mismo.

SI PADEZCO UNA ENFERMEDAD O LESIÓN TERMINAL:

Padecer una enfermedad o lesión terminal se establece cuando mi médico y otro médico deciden que tengo una afección que no se puede curar y que resultará en la muerte en un futuro cercano, sin el uso de procedimientos artificiales para el soporte vital.

Tratamiento para el soporte vital:

El tratamiento para el soporte vital incluye medicamentos, máquinas o procedimientos médicos que me mantendrían con vida, pero no me curarían. Sé que, incluso si elijo no recibir un tratamiento para el soporte vital, seguiré recibiendo medicamentos y tratamientos que alivien el dolor y me mantengan cómodo.

Escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":
Deseo recibir tratamiento para el soporte vital si padezco una enfermedad o lesión terminal. Sí_____ No_____

Alimentos e hidratación artificiales (alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa): entiendo que si padezco una enfermedad o lesión terminal, es posible que necesite recibir alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa para mantenerme con vida si ya no puedo masticar o tragar por mi cuenta o con alguien que me ayude.

Escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":
Deseo que me proporcionen alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa si padezco una enfermedad o lesión terminal. Sí_ No____

SI ESTOY PERMANENTEMENTE INCONSCIENTE:

La inconsciencia permanente es cuando mi médico y otro médico están de acuerdo en que dentro de un grado razonable de certeza médica ya no puedo pensar, sentir nada, moverme de manera voluntaria o estar consciente de estar vivo. Consideran que esta afección durará de forma indeterminada sin esperanza de mejora y ya me han observado el tiempo suficiente para tomar esa decisión. Entiendo que al menos uno de estos médicos debe estar calificado para hacer tal diagnóstico.

Tratamiento para el soporte vital:

El tratamiento para el soporte vital incluye medicamentos, máquinas u otros procedimientos médicos que me mantendrían con vida, pero no me curarían. Sé que, incluso si elijo no recibir un tratamiento para el soporte vital, seguiré recibiendo medicamentos y tratamientos que alivien el dolor y me mantengan cómodo.

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A "SÍ" O "NO".

Escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":
Deseo recibir tratamiento para el soporte vital si estoy permanentemente inconsciente. Sí____ No_____

Alimentos e hidratación artificiales:

Alimentos e hidratación artificiales (alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa): entiendo que si estoy permanentemente inconsciente, es posible que necesite recibir alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa para mantenerme con vida si ya no puedo masticar o tragar por mi cuenta o con alguien que me ayude.

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A "SÍ" O "NO".

Escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":
Deseo que me proporcionen alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa si estoy permanentemente inconsciente. Sí_____ No____

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

SI NO TIENE OTRAS INSTRUCCIONES,

ESCRIBA SUS INICIALES AQUÍ.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

OTRAS INSTRUCCIONES:

Escriba cualquier otra cosa que desee que se haga o que no se haga:
Además de las instrucciones que mencioné en este formulario, también deseo lo siguiente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Si no tiene otras instrucciones, escriba sus iniciales aquí: No, no

_____tengo otras instrucciones.

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA SOLA RESPUESTA.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, RELACIÓN Y DIRECCIÓN DE SU APODERADO.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, RELACIÓN Y DIRECCIÓN DE SU APODERADO SUPLENTE.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

Sección 2. APODERADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Este formulario se puede usar en el estado de Alabama para nombrar a una persona que usted desea que tome decisiones médicas o de otro tipo en su nombre si se enferma tanto que no puede hablar por sí mismo. Esta persona se llama mi apoderado para la atención médica. No necesariamente tiene que nombrar a un apoderado para la atención médica. Se seguirán las instrucciones en este formulario, incluso si no nombra a un apoderado para la atención médica.

Esta Sección 2 crea un poder notarial que entrará en vigor al momento de la discapacidad, incompetencia o incapacidad del mandante, y es sustancialmente de la misma forma que se establece en la Ley de Muerte Natural de Alabama.

Escriba sus iniciales junto a una sola respuesta:
_____No deseo nombrar a un apoderado para la atención médica. (Si marca esta respuesta, vaya a la Sección 3).

_____ Deseo que la persona que aparece a continuación sea mi apoderado para la atención médica. Ya he hablado con esta persona sobre mis deseos.

Primera opción de apoderado:_____

Relación conmigo:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Número de teléfono diurno: _____

Número de teléfono nocturno:_____

Si esta persona no puede, no quiere o no está disponible para desempeñarse como mi apoderado para la atención médica, esta es mi siguiente opción:

Segunda opción de apoderado: _____

Relación conmigo:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Número de teléfono diurno: _____

Número de teléfono nocturno:_____

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A "SÍ" O "NO".

ESCRIBA SUS INICIALES FRENTE A UNA DE LAS SIGUIENTES TRES OPCIONES.

MENCIONE A LAS PERSONAS CON LAS QUE QUIERE QUE SU MÉDICO HABLE.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

Instrucciones para el

apoderado Escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":

Deseo que mi apoderado para la atención médica tome decisiones sobre la administración de alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa.
Sí_____ No_____

Escriba sus iniciales junto a una sola de las respuestas siguientes:

_____Deseo que mi apoderado para la atención médica siga solo las instrucciones mencionadas en este formulario.

_____Deseo que mi apoderado para la atención médica siga mis instrucciones como se mencionan en este formulario y que tome cualquier decisión sobre los asuntos que no cubrí en el formulario.

_____Deseo que mi apoderado para la atención médica tome la decisión final, a pesar de que podría significar hacer algo diferente de lo que mencioné en este formulario.

Sección 3.

Lo que declaro en este formulario es lo que deseo.

Entiendo lo siguiente:

Si mi médico u hospital no quiere seguir las instrucciones que mencioné, debe asegurarse de referirme con un médico u hospital que sí siga mis instrucciones.

Si estoy embarazada, o si quedo embarazada, las elecciones que hago en este formulario se seguirán hasta después del nacimiento del bebé.

Si llega el momento en el que deje de recibir tratamiento de soporte vital, o alimentos y agua a través de una sonda o por vía intravenosa, deseo que mi médico hable sobre los puntos a favor y en contra de hacer esto, además de mis deseos, con mi apoderado para la atención médica, si tengo uno, y con las siguientes personas:

_____

_____

_____

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

Sección 4.

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

En el espacio a continuación, puede hacer una donación usted mismo o declarar que no desea hacer una donación. **Las elecciones de donación que haga a continuación sobrevivirán a su muerte.**

Escriba sus iniciales en la línea junto a la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones. **Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su apoderado y su familia tendrán la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, de acuerdo con la ley de Alabama.**

MARQUE LA OPCIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS.

_____ No quiero hacer una donación de órganos ni tejidos y no quiero que mi apoderado o mi familia lo haga.
_____Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:
Nombre de la persona o institución: _____

_____De conformidad con la ley de Alabama, por la presente doy, a partir de mi muerte: (Seleccione una opción)

_____ Cualquier órgano o parte necesaria.

_____La siguiente parte u órganos mencionados a continuación:

MARQUE LA OPCIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS. ESCRIBA INSTRUCCIONES PERSONALES, SI CORRESPONDE.

Para los siguientes fines: (Seleccione una opción)

_____ Cualquier otro propósito legalmente autorizado.

_____Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, EL MES, DÍA Y AÑO DE SU NACIMIENTO.

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO.

PROCEDIMIENTO PARA LOS TESTIGOS

LOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR SUS NOMBRES.

TESTIGO N.º 1

TESTIGO N.º 2

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

Sección 5. Cumplimiento

Mi firma

Su nombre_____

El mes, día y año de su nacimiento: _____

Su firma:_____

Fecha de la firma:_____

Testigos (es necesario que firmen dos testigos)

Atestiguo este formulario porque creo que esta persona está en pleno uso de sus facultades mentales. No firmé en nombre de la persona y no soy el apoderado para la atención médica. No estoy relacionado con la persona por sangre, adopción o matrimonio, y no tengo derecho a ninguna parte de su patrimonio. Tengo al menos 19 años de edad y no soy directamente responsable de pagar por su atención médica.

Nombre del primer testigo:_____

Firma:_____ Fecha:_____

Nombre del segundo testigo:_____

Firma:_____ Fecha:_____

EL APODERADO Y CUALQUIER APODERADO SUPLENTE DEBEN ESCRIBIR SU NOMBRE, FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO.

SI SU APODERADO NO ESTÁ DISPONIBLE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO DE INMEDIATO, SE DEBE ENVIAR UNA COPIA DE TODO EL FORMULARIO AL APODERADO, QUIEN DEBE DEVOLVER UNA COPIA FIRMADA DE LA PÁGINA DE FIRMA DEL APODERADO.

Sección 6. Firma del apoderado

Yo, _____, estoy dispuesto a actuar como el apoderado para la atención médica de_____.
Firma: _____
Fecha:_____
Firma del apoderado suplente (segunda opción):

Yo, _____, estoy dispuesto a actuar como el

apoderado para la atención médica de_____si la primera opción no puede intervenir.
Firma: _____
Fecha:_____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.