

ARKANSAS

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la 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 que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de la prestación de cuidados durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de formularios de instrucciones anticipadas para los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos de su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones que se encuentra del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en el que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos para cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico para cada estado en el que podría pasar un tiempo prolongado. No es necesario que tenga instrucciones anticipadas nuevas para viajes comunes a otros estados. Las instrucciones anticipadas de este paquete solo serán legalmente vinculantes si la persona que las llena es un adulto competente de 18 años o más, o un menor emancipado o casado.

PASOS A SEGUIR

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de iniciar para que tenga una copia en limpio en caso de que necesite comenzar de nuevo.
2. Cuando comience a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que designe para que tome decisiones en su nombre entienda sus deseos.

4. Una vez que llene y firme los formularios, fotocópielos, escanéelos o tómeles una foto y entréguelos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios estén disponibles en caso de emergencia.
5. Si lo desea, también puede guardar una copia de los formularios en su expediente médico electrónico, o en una aplicación, programa o servicio de expedientes médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus familiares, médicos y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA ARKANSAS

Este paquete contiene la **Declaración y el Poder notarial duradero para la atención médica para Arkansas**. Este documento legal protege su derecho a rechazar tratamiento médico que no desea, o a solicitar tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

La página 1 de su documento contiene la **Declaración**, que le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que: (1) desarrolle una afección terminal y no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas, o (2) se encuentre en un estado de inconsciencia permanente.

Las páginas 2 y 3 de su documento contienen el **Poder notarial duradero para la atención médica para Arkansas**, que le permite nombrar a un **agente** para que tome decisiones sobre su atención médica en el momento en que usted pierda la capacidad para tomar decisiones médicas por sí mismo. Su poder notarial duradero para la atención médica también designa a su agente como su **apoderado de atención médica** para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre tratamiento de mantenimiento de la vida, si padece una enfermedad terminal y ya no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica o se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. **Para evitar cualquier confusión, debe nombrar a la misma persona como su agente y apoderado en la sección de Declaración y en la sección de Poder notarial duradero.**

La página 4 de su documento es la página de su firma.

Después de su Declaración y Poder notarial duradero para la atención médica para Arkansas, se encuentra el formulario de **Donación de órganos**.

¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas de atención médica para Arkansas sea legal?

La ley exige que usted firme o que una persona firme bajo su dirección y en su nombre su **Declaración y Poder notarial duradero para la atención médica** en presencia de dos testigos, que deben tener 18 años o más, o bien, su firma puede ser certificada por un notario.

La ley exige que firme su formulario de **Donación de órganos** en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben tener 18 años o más. Al menos uno de los testigos debe ser una parte desinteresada (es decir, que no sea un familiar ni un posible beneficiario de su donación).

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted designa para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted. **Para evitar cualquier confusión, debe nombrar a la misma persona como su agente y apoderado en la sección de Declaración y en la sección de Poder notarial duradero.**

Puede designar a una segunda persona como su agente y apoderado suplente. El suplente intervendrá si la primera persona que nombra como agente y apoderado no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar en su nombre.

¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su agente para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su agente y con otras personas sobre su atención médica futura y describa lo que considera una "calidad de vida" aceptable.

¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?

La **Declaración** entra en vigor si usted desarrolla una afección terminal y no es capaz de tomar sus propias decisiones médicas o se encuentra en un estado de inconsciencia permanente y su médico y un médico más determinaron que usted se encuentra en dicho estado, y la declaración se ha comunicado a su médico.

El **Poder notarial duradero** entra en vigor en cualquier momento en que usted pierda su capacidad, y su médico determina que ya no puede tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica y no depende de que usted padezca una enfermedad terminal o se encuentre en un estado de inconsciencia permanente.

Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

La Declaración para Arkansas de una paciente embarazada no se respetará si hay una

posibilidad de que el feto se desarrolle hasta el punto de nacer vivo con la administración continua de tratamiento de mantenimiento de la vida, y su agente estará sujeto a las leyes vigentes de Arkansas en lo que respecta al embarazo y la interrupción del embarazo.

A menos que usted prohíba explícitamente tales donaciones, su agente y apoderado o un familiar tiene potestad para realizar donaciones anatómicas en su nombre.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Usted puede revocar las instrucciones de su **Declaración** en cualquier momento y de cualquier manera, independientemente de su afección mental o física. Su revocación entrará en vigor cuando usted (o un testigo de su revocación) se lo notifique a su médico o a otro proveedor de atención médica, quien deberá hacer constar la revocación en su expediente médico.

Usted puede revocar la facultad de su agente y apoderado en virtud de su **Poder notarial duradero para la atención médica** en cualquier momento al elaborar un nuevo poder notarial duradero para la atención médica o al especificar por escrito que desea revocarlo.

Puede revocar o modificar una donación anatómica mediante:

- cualquier escrito que usted firme que revoque o modifique dicha donación que sea atestiguado por al menos dos adultos, de los cuales al menos uno sea un testigo desinteresado;
- la destrucción o cancelación del documento de donación, o de la parte del documento que se utilizó para realizar la donación, con la intención de revocar la donación. Si la donación no se realizó en un testamento, puede revocarla o modificarla mediante cualquier forma de comunicación dirigida a al menos dos adultos, de los cuales al menos uno sea un testigo desinteresado, durante una enfermedad o lesión terminal.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a los problemas de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas mantiene un sitio web (<https://nrc-pad.org/>) con enlaces a los formularios de instrucciones anticipadas psiquiátricas de cada estado. Si desea hacer planes de atención anticipada más detallados en relación con las enfermedades mentales, podría hablar con su médico y un abogado acerca de un poder notarial duradero que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante debo saber?

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no serán válidas en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. El personal de ambulancias y del departamento de emergencias de los hospitales están obligados a practicar la reanimación cardiopulmonar (RCP) salvo que tenga una orden independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o en el departamento para adultos mayores de su estado

(<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con 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 los estados (<https://polst.org/form-patients/>). Tanto el formulario POLST como el DNR DEBEN estar firmados por un proveedor de atención médica y DEBEN presentarse al personal de emergencias cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten practicar la RCP (o la detengan si ya comenzó) si su corazón o su respiración se detiene.

**DECLARACIÓN Y PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA PARA ARKANSAS: PÁGINA 1 DE 5**

Declaración

Si (1) padezco una afección incurable o irreversible que provocará mi fallecimiento en un plazo relativamente corto, y ya no soy capaz de tomar decisiones sobre mi tratamiento médico, o (2) si pierdo el conocimiento de forma permanente, doy instrucciones a mi médico tratante, de conformidad con la Ley de Arkansas sobre los Derechos de los Enfermos Terminales o en Estado de Inconsciencia Permanente, para que (escriba sus iniciales solo en una opción)

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS (ELIJA SOLO UNA OPCIÓN)

SI ELIGE LA OPCIÓN 2, ESCRIBA EL NOMBRE DE SU AGENTE Y APODERADO EN LETRA DE IMPRENTA (DEBE SER EL MISMO AGENTE Y APODERADO QUE IDENTIFICA EN LA P. 2)

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN U OPCIONES QUE REFLEJEN SUS DESEOS

AÑADA INSTRUCCIONES PERSONALES (SI LAS HUBIERA)

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

_____ 1. Se suspendan o retiren tratamientos que solo prolongan el proceso de fallecimiento y no son necesarios para mi comodidad o para aliviar el dolor.

_____ 2. Se sigan las instrucciones de _____, a quien designo como mi agente y apoderado de atención médica para decidir si el tratamiento de mantenimiento de la vida debe suspenderse o retirarse.

Además, se aplican las siguientes instrucciones específicas (escriba sus iniciales en la opción u opciones que correspondan):

_____ a. Es mi instrucción específica que la alimentación pueda suspenderse después de consultar con mi médico tratante.

_____ b. Es mi instrucción específica que la hidratación pueda suspenderse después de consultar con mi médico tratante.

_____ c. Es mi instrucción específica que no pueda suspenderse la alimentación.

_____ d. Es mi instrucción específica que no pueda suspenderse la hidratación.

Otras instrucciones en caso de que padezca una enfermedad terminal y no pueda tomar decisiones, o me encuentre en un estado de inconsciencia permanente:

**DECLARACIÓN Y PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA PARA ARKANSAS: PÁGINA 2 DE 5**

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA

Yo, _____, por el presente
(su nombre)

designo a:

(nombre, domicilio particular y número de teléfono del agente y apoderado)

ESCRIBA EL
NOMBRE
DOMICILIO Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE Y
APODERADO EN
LETRA DE
IMPRESA

como mi agente y apoderado de atención médica para que tome todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario.

Este Poder notarial duradero para la atención médica entrará en vigor en caso de mi discapacidad o incapacidad, de forma tal que ya no esté en condiciones de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica. Mi agente y apoderado de atención médica y cualquier agente y apoderado de atención médica suplente designado a continuación tendrán potestad para tomar todas las decisiones sobre la atención médica relativas a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar, tratar o posibilitar mi salud física o mental o mi atención personal.

Si (1) padezco una afección incurable o irreversible que provocará mi fallecimiento en un plazo relativamente corto, y ya no soy capaz de tomar decisiones sobre mi tratamiento médico, o (2) si pierdo el conocimiento de forma permanente, mi agente y apoderado de atención médica y cualquier agente y apoderado de atención médica suplente también tendrán potestad para tomar decisiones relativas a la administración, suspensión o retiro de tratamiento de mantenimiento de la vida como mi Apoderado de conformidad con la Ley de Arkansas sobre los Derechos de los Enfermos Terminales o en Estado de Inconsciencia Permanente.

Si el agente y apoderado de atención médica que designo no es capaz, no está dispuesto o no está a su alcance actuar como mi agente y apoderado de atención médica, designo a:

(nombre, domicilio particular y número de teléfono del agente y apoderado suplente)

ESCRIBA EL
NOMBRE
DOMICILIO Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE Y
APODERADO
SUPLENTE EN
LETRA DE
IMPRESA

como mi agente y apoderado de atención médica suplente para que tome todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario.

**DECLARACIÓN Y PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA PARA ARKANSAS: PÁGINA 4 DE 5**

FIRME Y FECHÉ EL
DOCUMENTO Y
ESCRIBA SU
DOMICILIO EN
LETRA DE
IMPRESA

Firmado el _____ de _____, de _____.
(día) (mes) (año)

Firma _____

Domicilio _____

Declaración de los testigos (deben tener 18 años o más):

Declaro que la persona que firmó arriba compareció para llevar a cabo esta declaración y poder notarial duradero para la atención médica voluntariamente y libre de coacción. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

Testigo _____
(Firma) (Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)

Domicilio _____

Testigo _____
(Firma) (Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)

Domicilio _____

PROCEDIMIENTO
DE TESTIGOS

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR Y
ESCRIBIR SUS
NOMBRES Y
DOMICILIOS EN
LETRA DE
IMPRESA

DECLARACIÓN Y PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA ARKANSAS: PÁGINA 5 DE 5

SI NO CUENTA CON DOS TESTIGOS, PUEDE FIRMAR ANTE UN NOTARIO PÚBLICO

FIRME Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE, LA FECHA Y EL LUGAR AQUÍ

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN

Opción n.º 2: Firma ante un notario público.

Firmo con mi nombre esta Declaración y Poder notarial para la atención médica el

_____ en _____, _____.
(fecha) (ciudad) (estado)

(firma)

(nombre en letra de imprenta)

ACTA DE RECONOCIMIENTO NOTARIAL

Estado de Arkansas)
) sc.
Condado de _____)

Este día _____ de _____, de _____, ante mí, _____,
_____, compareció
personalmente

(nombre del notario público)

(nombre del mandante)

quien me consta personalmente (o que se me demostró mediante pruebas satisfactorias) que es la persona cuyo nombre se suscribe en este instrumento, y reconoció haberlo llevado a cabo. Declaro bajo pena de perjurio que la persona cuyo nombre se suscribe en este instrumento parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no se encuentra bajo coacción, fraude o influencia indebida.

SELLO NOTARIAL

(firma del notario público)

Cortesía de Caring Connections
www.caringinfo.org

**FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA ARKANSAS:
PÁGINA 1 DE 1**

DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
OPCIÓN QUE
REFLEJE SUS
DESEOS

AÑADA EL NOMBRE
O LA INSTITUCIÓN
(SI CORRESPONDE)

ESCRIBA SU
NOMBRE EN LETRA
DE IMPRENTA,
FIRME Y FECHÉ EL
DOCUMENTO

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR
Y ESCRIBIR SUS
DOMICILIOS EN
LETRA DE
IMPRESA

AL MENOS UN
TESTIGO DEBE
SER UNA PARTE
DESINTERESADA

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

Escriba sus iniciales en la línea de la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No tiene que escribir sus iniciales en ninguna de las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su abogado para la atención médica, apoderado u otro agente, o su familia, pueden tener potestad para hacer una donación de todo su cuerpo o parte del mismo conforme a la ley de Arkansas.

___ No deseo hacer ninguna donación de órganos ni tejidos, y no deseo que mi abogado para la atención médica, apoderado u otro agente o mi familia lo hagan.

___ Ya firmé un acuerdo escrito o una tarjeta de donante en relación con la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona o institución: _____

___ De conformidad con la ley de Arkansas, por el presente dono, con efecto a mi fallecimiento:

___ Cualquier órgano o partes que sean necesarias.

___ La siguiente parte u órganos enumerados a continuación:

Para (escriba sus iniciales en una opción):

___ Cualquier propósito legalmente autorizado.

___ Fines de trasplante o terapéuticos únicamente.

Nombre del declarante: _____

Firma del declarante: _____ Fecha: _____

El declarante firmó voluntariamente o dio instrucciones a otra persona para que firmara este escrito en mi presencia.

Testigo _____ Fecha _____

Domicilio _____

Soy una parte desinteresada con respecto al declarante y a su donación y patrimonio. El declarante firmó voluntariamente o dio instrucciones a otra persona para que firmara este escrito en mi presencia.

Testigo _____ Fecha _____

Domicilio _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org