COLORADO
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 en 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 los 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 para su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en los 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.

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 entrégueselos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a

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.

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 COLORADO

Este paquete contiene un documento legal que 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.

Parte Uno. El **Poder notarial médico duradero para Colorado** le permite nombrar a una persona, denominada agente, para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre mantenimiento de la vida si usted ya no puede hablar por sí mismo. El Poder notarial médico duradero es especialmente útil, ya que designa a un agente para que hable por usted en algún momento en que no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

Parte Dos. La **Declaración de Colorado** es el testamento en vida de su estado. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que desarrolle una afección terminal o se encuentre en estado vegetativo continuo.

La **Parte Tres** contiene las disposiciones de firmas y testigos para que su documento sea válido.

Puede llenar la Parte Uno, la Parte Dos, o ambas, según sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte Tres.**

Después de sus Instrucciones anticipadas médicas para Colorado, se encuentra un **formulario de Donación de órganos para Colorado**, el cual le permite establecer sus deseos con respecto a la donación de órganos. Esto puede ser especialmente útil si usted no designó un agente en la Parte Uno de sus Instrucciones anticipadas médicas para Colorado para que comunique dichos deseos por usted.

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

Debe firmar sus instrucciones anticipadas médicas en presencia de dos testigos. Si no puede hacerlo usted mismo, puede pedir a una persona que firme sus instrucciones anticipadas médicas por usted.

La persona que firme en su nombre, bajo su dirección, **no puede** ser:

- un médico;
- un empleado de su médico tratante o de un centro de atención médica en el que usted sea paciente cuando usted firme su documento;
- una persona que tenga un reclamo contra su patrimonio, o
- una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio.

Estos testigos **no pueden** ser:

- una persona que firme el documento bajo su dirección;
- un médico;
- un empleado de su médico tratante o de un centro de atención médica en el que usted sea paciente cuando usted firme su documento;
- una persona que tenga un reclamo contra su patrimonio, o
- una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio.

¿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 dichas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o un 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.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá si la(s) persona(s) que nombra como agente(s) no es (son) capaz (ces), no está(n) dispuesta(s) 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 realizar 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 Parte 1, el **Poder notarial médico duradero para Colorado,** entra en vigor cuando su médico certifica que usted no es capaz de dar un consentimiento informado o rechazar tratamiento médico o tomar una decisión informada sobre beneficios de atención médica.

La Parte 2, la **Declaración**, entra en vigor cuando su médico y un médico más certifican que usted desarrolló una afección terminal o se encuentra en estado vegetativo continuo y carece de capacidad de decisión para aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico. Por

capacidad de decisión se entiende la capacidad de dar un consentimiento informado o rechazar tratamiento médico o tomar una decisión informada sobre beneficios de atención médica.

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

Limitaciones del agente

Su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Colorado en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede revocar su Declaración verbalmente, por escrito, o al quemar, romper, cancelar, borrar o destruir el documento. Debe notificarse a su médico de su revocación para que sea válida. Debe notificarse a su agente para que la revocación de su potestad sea válida.

A menos que especifique lo contrario en su Declaración (Parte Dos), si designa a su cónyuge como su agente, dicha designación quedará automáticamente revocada por divorcio, disolución o anulación de su matrimonio, o al separarse legalmente de su cónyuge.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque usted puede indicar sus deseos y otorgar la 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?

Su **Declaración** (la Parte Dos) no se respetará mientras esté embarazada con un feto potencialmente viable.

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.

INSTRUCCIONES

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL NOMBRE, DOMICILIO PARTICULAR Y NÚMEROS DE TELÉFONO PARTICULAR Y DE TRABAJO DE SU AGENTE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL NOMBRE, DOMICILIO PARTICULAR Y NÚMEROS DE TELÉFONO PARTICULAR Y DE TRABAJO DE SU PRIMER Y SEGUNDO AGENTE SUPLENTE

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

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS MÉDICAS PARA COLORADO: PÁGINA 1 DE 5

Parte Uno. Poder notarial médico duradero

Yo, _____,
(su nombre)

por el presente designo a: _____
(nombre del agente)

_____
(domicilio particular del agente)

_____
(número de teléfono de trabajo) (número de teléfono particular)

como mi agente para que tome decisiones sobre la atención médica por mí sí y cuando no tenga la capacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica. Esto otorga a mi agente la facultad de consentimiento para dar, suspender o detener cualquier atención médica, tratamiento, servicio o procedimiento diagnóstico. Mi agente también tiene la potestad para hablar con el personal de atención médica sobre mi afección, acceder a mis expedientes médicos, obtener información y firmar los formularios necesarios para llevar a cabo dichas decisiones. Si la persona designada como mi agente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar como mi agente, entonces nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) para que actúe(n) en el orden indicado a continuación:

1. _____
(nombre del primer suplente)

_____
(domicilio particular)

_____
(número de teléfono de trabajo) (número de teléfono particular)

2. _____
(nombre del segundo suplente)

_____
(domicilio particular)

_____
(número de teléfono de trabajo) (número de teléfono particular)

Con el presente documento tengo la intención de crear un Poder notarial médico duradero que entrará en vigor a partir de mi incapacidad para tomar mis propias decisiones sobre la atención médica y continuará durante dicha incapacidad.

Al momento de tomar decisiones sobre la atención médica por mí, mi agente debe considerar las medidas que serían coherentes con las conversaciones que mantuvimos en el pasado, mis preferencias de tratamiento como están expresadas en la Parte Dos (si completé la Parte Dos), mis creencias y valores religiosos y de otro tipo, y la forma en que traté cuestiones médicas y otras cuestiones importantes en el pasado. Si aún no está claro lo que yo decidiría, mi agente de atención médica debe tomar por mí las decisiones que mi agente de atención médica considere más convenientes a mis intereses, teniendo en cuenta los beneficios, los obstáculos, y los riesgos en mis circunstancias actuales, y las opciones de tratamiento.

(a) Instrucciones adicionales:

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A SUS PLANES DE ATENCIÓN ANTICIPADA

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN REFERIRSE ADEMÁS A SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, POR EJEMPLO, SUS DESEOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DE CUIDADOS DE HOSPICIO, AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTRAS CUESTIONES DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS FUNERARIOS

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

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

INSTRUCCIONES

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA DE LAS OPCIONES QUE REFLEJE SUS DESEOS

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN LA SEGUNDA OPCIÓN, DEBE ELEGIR EL NÚMERO DE DÍAS QUE DESEE QUE CONTINÚEN LOS PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA

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

Parte Dos. Declaración

Yo,_____,
(nombre)

estando en pleno uso de mis facultades mentales y teniendo al menos dieciocho años de edad, doy instrucciones para que no se prolongue artificialmente mi vida en las circunstancias que se exponen a continuación y por el presente declaro que:

Si en cualquier momento mi médico tratante y un médico calificado más certifican por escrito que:

a. tengo una lesión, enfermedad o dolencia que es una afección terminal para la que la administración de procedimientos de mantenimiento de la vida solo servirá para prolongar el proceso del fallecimiento y no soy capaz de tomar decisiones sobre la atención médica, o

b. me encuentro en estado vegetativo continuo,

Doy instrucciones para que, de acuerdo con la ley de Colorado, los procedimientos de mantenimiento de la vida sean (escriba sus iniciales solo en la opción que corresponda)

_____ (Iniciales) Doy instrucciones para que los procedimientos de mantenimiento de la vida sean retirados o suspendidos de conformidad con los términos de esta declaración, entendiendo que los procedimientos de mantenimiento de la vida no incluirán ningún procedimiento o intervención médica destinada a la alimentación que el médico tratante considere necesaria para proporcionar comodidad o aliviar el dolor.

_____(Iniciales) Doy instrucciones para que los procedimientos de mantenimiento de la vida continúen durante un periodo de no menos de _____días, y si no se produce ningún cambio en mi afección que indique a mis médicos que mi pronóstico mejoró, doy instrucciones para que los procedimientos de mantenimiento de la vida sean retirados o suspendidos de conformidad con los términos de esta declaración, entendiendo que los procedimientos de mantenimiento de la vida no incluirán ningún procedimiento o intervención médica destinada a la alimentación que el médico tratante considere necesaria para proporcionar comodidad o aliviar el dolor.

_____ (Iniciales) Doy instrucciones para que los procedimientos de mantenimiento de la vida continúen indefinidamente, independientemente de mi pronóstico.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN LA SEGUNDA OPCIÓN, DEBE ELEGIR EL NÚMERO DE DÍAS QUE DESEE QUE CONTINÚE LA ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A SUS PLANES DE ATENCIÓN ANTICIPADA

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN REFERIRSE ADEMÁS A SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, POR EJEMPLO, SUS DESEOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DE CUIDADOS DE HOSPICIO, AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTRAS CUESTIONES DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS FUNERARIOS

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

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

En caso de que el único procedimiento que se me suministre sea la alimentación artificial, doy instrucciones para que se tome una de las siguientes medidas: (escriba sus iniciales en la opción que corresponda)

_____(Iniciales) no se continuará con la alimentación artificial cuando sea el único procedimiento que se suministre;

_____(Iniciales) se continuará con la alimentación artificial durante _ días cuando sea el único procedimiento que se suministre, o

_____(Iniciales) se continuará con la alimentación artificial de forma indefinida cuando sea el único procedimiento que se suministre.

Además, doy instrucciones para que:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de dichos procedimientos de mantenimiento de la vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi agente (si lo hubiera), familia y médico(s) como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de este rechazo.

Parte Tres. Aplicación.

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO Y ESCRIBA SU DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA

AL FIRMAR AQUÍ INDICO QUE ENTIENDO LA FINALIDAD Y LOS EFECTOS DE ESTE DOCUMENTO.

Firma:_____

Fecha:_____

Domicilio:_____

PROCEDIMIENTO DE TESTIGOS

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR SUS NOMBRES EN LETRA DE IMPRENTA

TESTIGOS

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento ("el paciente"), que firmó o reconoció este documento de Instrucciones anticipadas médicas en mi presencia, y que parece estar en su sano juicio y no se encuentra bajo coacción, fraude o influencia indebida. No firmé este documento en nombre del paciente. No soy la persona designada como agente en este documento. No soy un médico, ni el proveedor de atención médica del paciente, ni un empleado del proveedor de atención médica del paciente. No tengo reclamos, ni derecho a ninguna parte del patrimonio del paciente.

TESTIGO n.º 1

Firma del primer testigo_____

Fecha_____

Nombre en letra de imprenta _____

TESTIGO n.º 2

Firma del segundo testigo_____

Fecha_____

Nombre en letra de imprenta _____

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

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA OPCIÓN QUE REFLEJE SUS DESEOS

AÑADA EL NOMBRE O LA INSTITUCIÓN (SI PROCEDE)

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

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

AL MENOS UN TESTIGO DEBE SER UNA PARTE DESINTERESADA

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

FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA COLORADO: PÁGINA 1 DE 1

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 la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo según la ley de Colorado.

_____ 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 Colorado, por el presente dono, con efecto a mi fallecimiento:

_____ Cualquier órgano o partes que sean necesarios.

_____ 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 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