

CONNECTICUT

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 18 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.
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 CONNECTICUT

Este paquete contiene las **Instrucciones anticipadas de Connecticut**, un documento legal que protege 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. Puede completar cualquiera o todas las primeras cuatro partes de este documento, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada.

La **Parte uno** es su **testamento de vida**. Esta parte le permite expresar sus deseos sobre la atención médica, en caso de que padezca una enfermedad terminal y no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica, o esté permanentemente inconsciente.

La **Parte dos** es su **nombramiento de un representante de atención médica**. Esta parte le permite nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica.

La **Parte tres, designación de un tutor**, le permite designar a alguien como su tutor, en caso de que un tribunal determine que se debe nombrar a uno para usted. También puede designar, y el tribunal puede nombrar, a un tutor cesionario que asumirá las funciones de tutor si el tutor original renuncia o es destituido.

La **Parte cuatro, documento de donaciones anatómicas**, le permite documentar sus deseos de donación de órganos.

La **Parte cinco** contiene los requisitos de firma y testigos.

La **Parte seis** es una sección opcional de **declaración jurada de testigos**, que puede ser útil en caso de que sus instrucciones anticipadas se impugnen en un tribunal.

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

La ley establece que usted firme y feche su documento en presencia de dos testigos mayores de edad. La persona que usted nombre como su representante de atención médica no puede actuar como testigo ni firmar el documento. Cada uno de sus testigos también debe firmar el documento en presencia del otro testigo.

Si es residente de un centro operado o autorizado por el Departamento de Salud Mental y Servicios para la Adicción:

- al menos un testigo debe ser una persona que no esté afiliada a su centro de atención médica, y
- al menos un testigo debe ser un médico, enfermero registrado de práctica avanzada o psicólogo clínico certificado con capacitación especializada en el tratamiento de enfermedades mentales.

Si es residente de un centro operado o autorizado por el Departamento de Servicios para el Desarrollo:

- al menos un testigo debe ser una persona que no esté afiliada a su centro de atención médica tratante, y
- al menos un testigo debe ser un médico, enfermero registrado de práctica avanzada o psicólogo clínico certificado con capacitación especializada en discapacidades del desarrollo.

También puede pedir a sus testigos que completen la declaración jurada de testigos opcional en la última página del formulario. Este debe firmarse ante un notario público u otro funcionario autorizado para administrar juramentos. Si alguna vez se impugnan legalmente sus instrucciones anticipadas, un tribunal aceptaría la declaración jurada de los testigos como prueba de la validez del documento.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente 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 agente 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 agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted.

La persona a la que nombre como su representante de atención médica **no puede** ser:

- su médico tratante o enfermero registrado de práctica avanzada,
- un operador, administrador o empleado de un centro de atención médica en el que usted es paciente o residente, o al que ha solicitado admisión, a menos que esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción, o
- un administrador o empleado de una agencia gubernamental que sea financieramente responsable de su atención médica, a menos que esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción.

Puede nombrar a una segunda persona como su representante suplente. El agente suplente intervendrá si la primera persona a la que nombró como representante de atención médica no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

¿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 agente 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 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 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 agente?

Su **testamento en vida** y el **nombramiento de un representante de atención médica** entran en vigor cuando este documento se proporciona a su médico tratante o enfermero registrado de práctica avanzada, y su médico tratante o enfermero registrado de práctica avanzada determina que usted no puede entender ni apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención médica, incluidos los beneficios y desventajas de dicho tratamiento, y usted no puede tomar ni comunicar una decisión informada con respecto al tratamiento. Sin embargo, si su médico tratante o enfermero registrado de práctica avanzada no ha determinado que usted padece una enfermedad terminal o que está permanentemente inconsciente, usted debe recibir un tratamiento médico benéfico para usted, que incluya nutrición e hidratación. Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Connecticut relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos. Debido a las restricciones de la ley estatal, no se respetarán las instrucciones anticipadas de una paciente embarazada.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede revocar la **Parte uno** de sus instrucciones anticipadas, el **testamento en vida**, en cualquier momento y de cualquier manera, sin importar su afección física o mental. Debe asegurarse de notificar a su proveedor de atención médica y a su representante de atención médica para asegurarse de que su revocación sea efectiva.

Puede revocar la **Parte dos** de sus instrucciones anticipadas, el **nombramiento de un representante de atención médica**, solo por escrito, firmado por usted y dos testigos. Debe asegurarse de notificar sobre su revocación a su proveedor de atención médica y al representante de atención médica para asegurarse de que dicha revocación sea efectiva.

A menos que especifique lo contrario en las instrucciones adicionales de la Parte dos, página 4 de sus instrucciones anticipadas, el nombramiento de su cónyuge como su representante de atención médica se revoca de forma automática si está divorciado o separado legalmente, o tras la disolución o anulación de su matrimonio.

Problemas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque puede expresar 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 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?

A diferencia de un representante de atención médica, su **tutor** debe cumplir sus instrucciones de atención médica debidamente ejecutadas. Su tutor también puede llevar a cabo sus deseos con respecto a la cremación u otra instrucción en cuanto a la disposición de su cuerpo después de la muerte, aunque no se incluye más información ni formularios para ello en este paquete. Es posible que la misma persona actúe como su representante de atención médica y tutor. En general, las decisiones de un representante de atención médica prevalecerán sobre las decisiones de un tutor, aunque se aplican algunas excepciones.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. 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.

ESTAS SON MIS INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA, INCLUIDO MI TESTAMENTO EN VIDA, MI NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA, LA DESIGNACIÓN DE UN TUTOR DE MI PERSONA EN CASO DE FUTURAS INCAPACIDADES Y MI DOCUMENTO DE DONACIÓN ANATÓMICA:

Para cualquier médico o enfermero registrado de práctica avanzada que me esté tratando: Estas son mis instrucciones de atención médica, incluidas las relativas a la retención o el retiro de los sistemas de soporte vital, junto con el nombramiento de mi representante de atención médica, la designación de un tutor de mi persona en caso de futuras incapacidades y mi documento de donación anatómica. Si llega el día en que me encuentre incapacitado y ya no pueda tomar parte en las decisiones de mi propia vida ni pueda dar instrucciones a mi médico o enfermero registrado de práctica avanzada con respecto a mi propia atención médica, deseo que esta declaración permanezca como testamento de mis deseos. Como mi médico o enfermero registrado de práctica avanzada, usted puede confiar en cualquier decisión hecha por mi representante de atención médica o en el tutor de mi persona, si yo no soy capaz de tomar una decisión por mí mismo.

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

Parte uno. TESTAMENTO EN VIDA

Yo, _____,
(Nombre)

el autor de este documento, solicito que, si mi afección se considera terminal o si se determina que estaré permanentemente inconsciente, se me permita morir y no se me mantenga con vida mediante sistemas de soporte vital. Por afección terminal, me refiero a una enfermedad incurable o irreversible que, sin la administración de sistemas de soporte vital, en opinión de mi médico tratante o enfermero registrado de práctica avanzada, resultará en la muerte en un tiempo relativamente corto. Por permanentemente inconsciente me refiero a estar en un coma permanente, estado vegetativo persistente u otra afección irreversible en la que en ningún momento sea consciente de mí mismo o del entorno, y ya no muestre ninguna respuesta conductual al entorno.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE CONNECTICUT - PÁGINA 2 DE 9

Instrucciones específicas:

A continuación se enumeran mis instrucciones con respecto a los tipos particulares de sistemas de soporte vital. Esta lista no es exhaustiva. Mi declaración general de que no se me mantenga con vida mediante los sistemas de soporte vital que se me proporcionen se limita solo cuando he indicado que deseo que se me proporcione un tratamiento en particular.

(Escriba sus iniciales en sus deseos a continuación).

	Proporcionar	Retener
Resucitación cardiopulmonar	_____	_____
Respiración artificial (incluido un respirador)	_____	_____
Medios artificiales para el suministro de nutrición e hidratación	_____	_____

Además, deseo que:

Deseo suficientes analgésicos para mantener mi comodidad física. No pretendo quitarme la vida directamente; solo deseo que mi muerte no se prolongue de forma injustificada.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS OPCIONES QUE REFLEJEN SUS DESEOS.

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.

Parte dos. NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombro a _____,
(representante de atención médica)

_____, _____
(número de teléfono) (dirección)

para que sea mi representante de atención médica.

Si mi médico tratante o enfermero registrado de práctica avanzada determina que no puedo entender ni apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención médica, y no puedo tomar ni comunicar una decisión informada con respecto al tratamiento, mi representante de atención médica está autorizado para tomar todas y cada una de las decisiones de atención médica en mi nombre, incluidas las siguientes:

- (1) la decisión de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para diagnosticar o tratar mi afección física o mental, salvo que la ley disponga lo contrario, como para la psicocirugía o terapia de choque;
- (2) la decisión de brindar, retener o retirar sistemas de soporte vital.

Dispongo que mi representante de atención médica tome decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos, tal como se indica en este documento, o según sea del conocimiento de mi representante de atención médica. En caso de que mis deseos no sean claros o que surja una situación que yo no haya anticipado, mi representante de atención médica puede tomar decisiones según mi mejor interés, con base en su conocimiento de mis deseos.

Si la persona que antes nombrada como mi representante de atención médica no está dispuesta o no puede actuar como mi representante de atención médica:

Nombro a _____, (representante de atención médica)

_____, _____
(número de teléfono) (dirección)

para que sea mi representante de atención médica suplente.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE SU REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU REPRESENTANTE SUPLENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE SU TUTOR.

Parte tres. DESIGNACIÓN DE UN TUTOR DE MI PERSONA

Si fuera necesario nombrar a un tutor de mi persona, designo a

(tutor)

(número de teléfono)

(dirección)

para que sea mi tutor.

Si la persona antes mencionada no está dispuesta o no puede actuar como

mi tutor, designo a _____
(tutor suplente)

(número de teléfono)

(dirección)

Designo a _____
(tutor cesionario)

(número de teléfono)

(dirección)

para que sea mi tutor cesionario.

En ninguna jurisdicción se exigirá un vínculo para ninguno de los dos.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE SU TUTOR SUPLENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DE SU TUTOR CESIONARIO.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE CONNECTICUT - PÁGINA 7 DE 9

Parte cuatro. DOCUMENTO DE DONACIÓN ANATÓMICA

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN.

No hago ninguna donación anatómica en este momento.

(Escriba sus iniciales aquí).

Por la presente, hago esta donación anatómica, si es médicamente aceptable, para que entre en vigor tras mi muerte.

(Escriba sus iniciales aquí).

ESCRIBA SUS INICIALES EN SU ELECCIÓN AQUÍ.

Dono: (escriba sus iniciales en una opción)

_____(1) cualquier órgano o parte necesaria

_____(2) solo los siguientes órganos o partes

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LOS ÓRGANOS QUE QUIERE DONAR.

ESCRIBA SUS INICIALES EN SU ELECCIÓN AQUÍ.

podrán donarse para lo siguiente: (escriba sus iniciales en una opción)

_____(1) cualquiera de los fines establecidos en la subsección (a) de la sección 19a-289j de los estatutos generales

_____(2) estos fines limitados

ESCRIBA LOS FINES PARA LOS QUE ESTÁ DISPUESTO A DONAR SUS ÓRGANOS.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE CONNECTICUT - PÁGINA 8 DE 9

Parte cinco. CUMPLIMIENTO

Estas solicitudes, nombramientos y designaciones se hacen después de una reflexión cuidadosa, mientras estoy en mi sano juicio. Cualquier tercero que reciba una copia o facsímil de este documento debidamente ejecutado puede confiar en él, a menos que dicho tercero haya recibido alguna notificación de mi revocación del mismo.

Firma _____

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____

DECLARACIONES DE LOS TESTIGOS

Este documento fue firmado y fechado en nuestra presencia por _____

_____, el autor de este documento, quien parece tener 18 años de edad o más, estar en pleno uso de sus facultades mentales, además de que es capaz de entender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención médica en el momento en que se firmó este documento. El autor no parecía estar bajo ninguna influencia indebida. Suscribimos este documento en presencia del autor, ante la solicitud del autor y en presencia mutua.

Testigo _____

Nombre en letra de imprenta _____

Dirección _____

Testigo _____

Nombre en letra de imprenta _____

Dirección _____

FIRME, FECHÉ Y
ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

DOS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR A
CONTINUACIÓN Y
ESCRIBIR SUS
NOMBRES Y
DIRECCIONES EN
LETRA DE
IMPRESA.

TESTIGO N.º 1

TESTIGO N.º 2

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE CONNECTICUT - PÁGINA 9 DE 9

DECLARACIÓN JURADA DE LOS TESTIGOS

ESTADO DE CONNECTICUT)
: ss. _____
CONDADO DE _____) (pueblo/ciudad)

Nosotros, los testigos que suscribimos, debidamente juramentados, decimos que presenciamos la ejecución de estas instrucciones de atención médica, los nombramientos de un representante de atención médica, la designación de un tutor para incapacidad futura y un documento de donación anatómica por parte del autor de este documento; que el autor suscribió, publicó y declaró que las mismas eran las instrucciones, nombramientos y designación del autor en nuestra presencia; que posteriormente suscribimos el documento como testigos en presencia del autor, ante la solicitud del autor y en presencia mutua; que en el momento de la ejecución de dicho documento, el autor nos pareció tener dieciocho años de edad o más, estar en pleno uso de sus facultades mentales, ser capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias de dicho documento, y no estar bajo ninguna influencia indebida, por lo que hacemos esta declaración jurada a petición del autor este ____ día de ____ de 20__.

Testigo _____
Nombre en letra de imprenta _____

Testigo _____
Nombre en letra de imprenta _____

Suscrito y jurado ante mí este _____ día de _____ de 20__.

Comisionado del notario público del Tribunal Superior.

Mi comisión termina el: _____

*Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org*

ESTA DECLARACIÓN
JURADA ES
OPCIONAL.

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

UN NOTARIO
PÚBLICO
COMPLETA ESTA
PARTE.

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