DELAWARE
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 experienciade 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

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 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 DELAWARE

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Delaware**, 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.

Sus instrucciones anticipadas para Delaware constan de cuatro partes.

La **Parte 1** es un **Poder notarial para la atención médica**. Este apartado le permite nombrar a alguien (un agente) para que tome decisiones sobre su atención médica. El poder notarial para la atención médica entra en vigor cuando su médico determina que usted carece de la capacidad de comprender los beneficios significativos, riesgos y alternativas de la atención médica propuesta, así como para tomar y comunicar una decisión para la atención médica.

La **Parte 2** incluye sus **Instrucciones para la atención médica**. Esta es su testamento en vida del estado. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo, y que padezca una enfermedad terminal o esté permanentemente inconsciente.

La **Parte 3** le permite expresar sus deseos con respecto a la **donación de órganos**.

La **Parte 4** de este formulario le permite **nombrar a un médico para que tenga la responsabilidad principal** de su atención médica.

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

La ley de Delaware requiere que usted firme y feche sus instrucciones anticipadas para la atención médica en presencia de dos testigos que tengan 18 años de edad o más. Si no puede firmar el documento, otra persona puede firmarlo por usted en su presencia y bajo su dirección. Sus testigos **no pueden**:

- estar relacionados con usted por sangre, matrimonio o adopción;
- tener derecho a ninguna parte de su patrimonio;
- tener un reclamo contra cualquier parte de su patrimonio;

- ser directamente responsables financieros de su atención médica;
- ser un operador o empleado de (o tener un interés de control en) una institución de atención médica donde usted es un paciente o en la que reside.

Si usted es residente de un sanatorio, hogar de descanso, residencia para adultos mayores, internado o institución relacionada, entonces, uno de sus testigos debe ser un defensor designado del paciente o un ombudsman.

¿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.

Si usted es residente de una institución de atención médica a largo plazo, su agente no puede ser un operador o empleado, o tener un interés de control en la institución de atención médica residencial a largo plazo donde usted está recibiendo atención, a menos que esa persona esté relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá si las personas que usted nombra como agentes no pueden, no quieren o no están disponibles 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 agente solo puede tomar decisiones con respecto a un tratamiento de soporte vital si su médico y al menos otro médico certifican en su expediente médico que usted también padece una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente. 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

Según la ley de Delaware, un procedimiento de soporte vital no se puede retener o retirar de una paciente que se sabe que está embarazada, si es probable que el feto sobreviva con la aplicación continua del procedimiento de soporte vital.

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Delaware relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede revocar la totalidad o parte de sus instrucciones anticipadas para la atención médica:

- mediante un escrito firmado,
- al completar nuevas instrucciones anticipadas para la atención médica,
- de cualquier otra manera que comunique su intención de revocar sus instrucciones frente a dos personas competentes, una de las cuales es un proveedor de atención médica.

Si su revocación no es por escrito, alguien debe ponerla por escrito, y debe firmarla y fecharla delante de dos testigos.

A menos que usted especifique lo contrario, si nombra a su cónyuge como su agente, ese nombramiento será revocado de forma automática en caso de divorcio, anulación o disolución de su matrimonio o al presentar una petición de divorcio.

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?

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.

EXPLICACIÓN

EXPLICACIÓN

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a alguien más para que tome decisiones de atención médica por usted. Este formulario le permite hacer cualquiera de estas cosas o ambas. También le permite expresar sus deseos con respecto a las donaciones anatómicas y al nombramiento de su médico principal. Si utiliza este formulario, puede completar o modificar todo o parte del mismo. Usted es libre de usar un formulario diferente.

La Parte 1 de este formulario es un poder notarial para la atención médica. La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como agente para tomar decisiones de atención médica por usted si se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones. También puede nombrar a un agente suplente para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta, no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. A menos que esté relacionado con usted, un agente no debe tener un interés de control o ser operador o empleado de una institución residencial de atención médica a largo plazo en la que usted está recibiendo atención. Si usted no padece una enfermedad terminal ni está permanentemente inconsciente, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica por usted, excepto las decisiones que proporcionan, retienen o retiran un procedimiento de soporte vital. A menos que limite la potestad del agente, este tendrá derecho a:

(a) Aceptar o rechazar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de alguna manera una afección física o mental, a menos que sea un procedimiento de soporte vital o establecido por la ley.

(b) Seleccionar o despedir a los proveedores e instituciones de atención médica.

Si padece una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica por usted, incluidas, entre otras:

(c) Las decisiones mencionadas en (a) y (b).

(d) Aceptar o rechazar los procedimientos de soporte vital, incluidos, entre otros, la reanimación cardiopulmonar y las órdenes de no resucitar.

(e) Ordenar el suministro, retención o retiro de nutrición e hidratación artificiales, y todas las demás formas de atención médica.

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

EXPLICACIÓN

La Parte 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica. Se ofrecen opciones para que usted exprese sus deseos con respecto al suministro, la retención o el retiro del tratamiento para mantenerle con vida, incluido el suministro de nutrición e hidratación artificiales, así como el suministro de alivio del dolor. También se le proporciona espacio para que agregue las elecciones que ha tomado o para que escriba cualquier instrucción adicional sobre otras decisiones al final de la vida.

La Parte 3 de este formulario le permite expresar la intención de donar sus órganos y tejidos corporales después de su muerte.

La Parte 4 de este formulario le permite nombrar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

Después de completar este formulario, firme y feche al final. Es necesario que otras 2 personas firmen como testigos. Entregue una copia del formulario firmado y completado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución de atención médica en la que esté recibiendo cuidados y a cualquier agente de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que nombró como su agente para asegurarse de que entiende sus deseos y está dispuesta a asumir la responsabilidad.

Tiene derecho a revocar estas instrucciones anticipadas de atención médica o reemplazar este formulario en cualquier momento.

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

INSTRUCCIONES

PARTE 1
PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

(1) NOMBRAMIENTO DEL AGENTE: Nombro a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

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

_____
(nombre del agente)

_____
(domicilio)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

Si revoco la potestad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, nombro como mi primer agente suplente a:

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

_____
(nombre del primer agente suplente)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

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

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU AGENTE SUPLENTE.

Si revoco la potestad de mi agente y de mi primer agente suplente, o si ninguno está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, nombro como mi segundo agente suplente a:

_____
(nombre del segundo agente suplente)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

AGREGUE INSTRUCCIONES PERSONALES BAJO EL PÁRRAFO (2) SOLO SI DESEA LIMITAR EL PODER DE SU AGENTE.

(2) POTESTAD DEL AGENTE: Si NO padezco una enfermedad terminal o estoy permanentemente inconsciente, mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica por mí, excepto las decisiones sobre procedimientos de soporte vital, como lo declaro aquí:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Y si padezco una enfermedad terminal o estoy permanentemente inconsciente, mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica por mí, excepto como lo declaro aquí:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

(3) CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA POTESTAD DE MI AGENTE: La potestad de mi agente entra en vigor cuando mi médico principal determina que carezco de la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica. En cuanto a las decisiones relativas al suministro, retención y retiro de procedimientos de soporte vital, la potestad de mi agente entra en vigor cuando mi médico principal determina que no tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica, y mi médico principal y otro médico determinan que padezco una afección terminal o que estoy permanentemente inconsciente.

(4) OBLIGACIÓN DEL AGENTE: Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí con base en este poder notarial para la atención médica, cualquier instrucción que dé en la Parte 2 de este formulario, y mis otros deseos en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente tomará decisiones de atención médica por mí de acuerdo con lo que determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que los conozca.

(5) NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR: Si un tribunal necesita nombrar a un tutor para mí:

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO AL NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR.

_____Nombro a los agentes a quienes designé en este formulario en el orden dado para actuar como tutor.

_____ Nombro a los siguientes para que sean tutores en el orden designado:

_____

_____

_____ No nombro a nadie como tutor.

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

PARTE 2

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

SI EL PÁRRAFO (A) REFLEJA SUS DESEOS, ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN ESA DECLARACIÓN.

SI EL PÁRRAFO (B) REFLEJA SUS DESEOS, ESCRIBA SUS INICIALES EN ESA DECLARACIÓN Y TODAS LAS DECLARACIONES QUE REFLEJEN SUS DESEOS, INCLUIDOS SUS DESEOS SOBRE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES.

NUTRICIÓN O HIDRATACIÓN ARTIFICIALES MEDIANTE UNA SONDA SIGNIFICA NUTRICIÓN O HIDRATACIÓN PROPORCIONADA POR MEDIO DE UN TUBO DE ALIMENTACIÓN O POR VÍA INTRAVENOSA.

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

(6) DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA: Si ya no puedo tomar mis propias decisiones y padezco una afección calificada, deseo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado brinden, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la opción que marco a continuación:

A. Elijo prolongar la vida:

_____ Quiero que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible, dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

B. Elijo NO prolongar la vida:

_____ No deseo que mi vida se prolongue si padezco una afección terminal (una afección incurable causada por una lesión, enfermedad o padecimiento que, con un grado razonable de certeza médica, hace que la muerte sea inminente y de la que, a pesar de la aplicación de procedimientos para mantener la vida, no puede haber recuperación). Hago las siguientes instrucciones con respecto a la nutrición e hidratación artificiales si padezco una afección terminal:

Nutrición artificial a través de una sonda:
_____ La deseo _____ No la deseo

Hidratación artificial a través de una sonda:
_____ La deseo _____ No la deseo

_____ No quiero que mi vida se prolongue si estoy permanentemente inconsciente (una afección médica diagnosticada de acuerdo con los estándares médicos actualmente aceptados, que ha durado al menos 4 semanas y, con certeza médica razonable, incluye la pérdida irreversible total de la conciencia y la capacidad de interactuar con el entorno. El término incluye, entre otros, un estado vegetativo persistente o coma irreversible). Hago las siguientes instrucciones con respecto a la nutrición e hidratación artificiales si estoy permanentemente inconsciente:

Nutrición artificial a través de una sonda:
_____ La deseo _____ No la deseo

Hidratación artificial a través de una sonda:
_____ La deseo _____ No la deseo

AGREGUE INSTRUCCIONES PERSONALES BAJO EL PÁRRAFO (7) SOLO SI DESEA LIMITAR EL DOLOR O TRATAMIENTO PARA ESTAR CÓMODO.

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.

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

(7) ALIVIO DEL DOLOR O INCOMODIDAD: Excepto como lo declaro en el siguiente espacio, deseo que se me brinde en todo momento tratamiento para aliviar el dolor o la incomodidad, incluso si acelera mi muerte.

_____
_____
_____
_____

(8) OTRAS INSTRUCCIONES O DESEOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA:

_____
_____
_____

ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS DECLARACIONES QUE REFLEJEN SUS DESEOS CON RESPECTO A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL).

PARTE 3
DONACIONES ANATÓMICAS TRAS LA MUERTE (OPCIONAL)

(9) Soy mentalmente competente y tengo 18 años de edad o más. Por la presente, hago que esta donación anatómica entre en vigor tras mi muerte. Las marcas en las líneas apropiadas y las palabras escritas en los espacios en blanco a continuación indican mis deseos.

Dono:

_____ Mi cuerpo

_____ Cualquier órgano o parte necesaria

_____ Los siguientes órganos o partes:_____

A la siguiente persona o instituciones:

_____ Al médico que asistió durante mi muerte

_____ Al hospital en el que muera

_____ Al siguiente médico, banco de almacenamiento del hospital o institución médica:_____

_____ A la siguiente persona para tratamiento:_____

Para los siguientes fines:

_____ Cualquier propósito autorizado por la ley

_____ Trasplante

_____ Terapia

_____ Investigación

_____ Educación médica

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

PROPORCIONE EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE UN MÉDICO, SI CORRESPONDE, QUE USTED DESEA QUE TENGA LA RESPONSABILIDAD PRINCIPAL DE SU ATENCIÓN MÉDICA (OPCIONAL).

PARTE 4

DESIGNACIÓN DEL MÉDICO PRINCIPAL (OPCIONAL)

(10) Nombro al siguiente médico como mi médico principal:

_____
(nombre del médico)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono)

(11) EFECTO DE COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

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

FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO.

(12) FIRMA: Firme y feche el formulario aquí:

Entiendo el propósito y efecto de este documento.

_____

(fecha) (firme con su nombre)

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

_____

(nombre en letra de imprenta)

_____

(dirección)

_____

(ciudad) (estado) (código postal)

SUS TESTIGOS DEBEN LEER ESTA DECLARACIÓN Y FIRMAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

(13) DECLARACIÓN DE TESTIGOS

FIRMADO Y DECLARADO por el declarante antes mencionado para su declaración escrita según el Título 16 del Código de Delaware, §§2502 y 2503, en nuestra presencia, quien, en su presencia, a su solicitud y en presencia mutua, firmamos en la presente con nuestro nombre como testigos y declaramos:

A. Que el declarante es mentalmente competente.

B. Que ninguno de nosotros:

1. Estamos relacionados con el declarante por sangre, matrimonio o adopción;
2. Tenemos derecho a alguna parte del patrimonio del declarante en ningún testamento del declarante o codicilo existente en ese momento ni al momento de la ejecución de las instrucciones anticipadas para la atención médica, ni tenemos derecho a ello por aplicación de la ley vigente en ese momento;
3. Tenemos, al momento de la ejecución de las instrucciones anticipadas para la atención médica, una demanda presente o inconclusa contra alguna parte del patrimonio del declarante;
4. Tenemos responsabilidad financiera directa por la atención médica del declarante;
5. Tenemos un interés de control en o somos operadores o empleados de una institución de atención médica en la que el declarante es residente o paciente;
6. Somos menores de dieciocho años de edad.

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

(SI USTED ES RESIDENTE DE UNA RESIDENCIA PARA ADULTOS MAYORES, DEFENSOR REGISTRADO DEL PACIENTE U OMBUDSMAN, DEBE ACTUAR COMO UNO DE SUS TESTIGOS Y ESCRIBIR SU NOMBRE EN EL PÁRRAFO C).

C. Que si el declarante es residente de un sanatorio, residencia de descanso, residencia para adultos mayores, internado o institución relacionada, uno de los testigos, _____, en el momento de la ejecución de las instrucciones anticipadas de atención médica, es defensor del paciente o defensor del pueblo nombrado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales.

DOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO, Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

Testigo 1:

_____
(fecha) (firme con su nombre)

_____
(nombre en letra de imprenta)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

Testigo n 2:

_____
(fecha) (firme con su nombre)

_____
(nombre en letra de imprenta)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

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