

# **DISTRITO DE COLUMBIA**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de las decisiones importantes de atención médica**

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://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 DEL DISTRITO DE COLUMBIA**

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

El **Poder notarial duradero para la atención médica del Distrito de Columbia** le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica, llamado apoderado, si ya no puede hablar por usted mismo. La **Declaración del Distrito de Columbia** es un testamento en vida del Distrito de Columbia. Le permite expresar sus deseos para la atención médica en caso de que desarrolle una afección terminal y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas. También se incluye un **Formulario de donación de órganos del Distrito de Columbia**.

### **¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica del Distrito de Columbia?**

Cada uno de los tres formularios incluidos en este paquete debe firmarse en presencia de dos testigos mayores de edad. Cada formulario tiene sus propias restricciones con respecto a quién puede ser testigo de su firma.

Su firma en el **Poder notarial duradero para la atención médica** no puede ser atestiguada por su apoderado, su proveedor de atención médica o los empleados de su proveedor de atención médica. Por lo menos uno de sus testigos debe ser una persona que no está relacionada con usted (por sangre, matrimonio o adopción) y que no heredará ninguna parte de su patrimonio.

Su firma en la **Declaración** no puede ser atestiguada por una persona que firme en su nombre, cualquier persona relacionada con usted (por sangre, matrimonio, o adopción), cualquier persona que heredará alguna parte de su patrimonio, cualquier persona directamente responsable a nivel financiero de su atención médica, su médico tratante, un empleado de su médico tratante o un empleado de un centro de atención médica en el que usted es paciente. Si usted es paciente en un centro de atención intermedia o especializada, uno de sus testigos debe ser un defensor del paciente o un ombudsman.

Al menos uno de los testigos de su firma en el **Formulario de donación de órganos** debe ser una parte desinteresada. Esto significa que el testigo no debe ser una persona que podría recibir sus órganos o alguna parte de su patrimonio.

Nota: No es necesario notarizar su Poder notarial duradero para la atención médica, Declaración o Formulario de donación de órganos.

### **¿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 debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica por usted. No es necesario que su apoderado sea un abogado.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como su apoderado suplente. Un suplente intervendrá si la persona que usted nombra como apoderado 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 **Poder notarial duradero para la atención médica** entra en vigor cuando su médico y otro profesional de la salud calificado (ya sea un psicólogo o un psiquiatra) certifican que usted carece de suficiente capacidad mental para apreciar la naturaleza y las implicaciones de una decisión de atención médica, hacer una elección con respecto a las alternativas presentadas o comunicar esa elección de manera inequívoca.

Su **Declaración** entra en vigor cuando su médico y otro médico certifican que usted tiene una afección incurable que le llevará a la muerte, con o sin el uso de atención médica de soporte vital, y los procedimientos de soporte vital servirían solo para posponer su muerte.

### **Limitaciones del agente**

Su apoderado, si designa uno, no tiene potestad para autorizar un aborto, esterilización, psicocirugía, terapia convulsiva o modificación de la conducta que involucre estímulos aversivos, a menos que lo autorice un tribunal.

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

### **¿Qué pasa si cambio de opinión?**

Puede revocar su Poder notarial duradero para la atención médica al:

- notificar a su apoderado de forma verbal o por escrito,
- notificar a su proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito, o
- ejecutar un nuevo poder notarial duradero de atención médica.

Si usted nombra a su cónyuge o pareja doméstica como su apoderado y su matrimonio o relación doméstica termina, el poder de su cónyuge o pareja doméstica se revocará de manera automática.

Usted puede revocar la declaración en cualquier momento, independientemente de su condición mental al:

- borrar, quemar, romper o de alguna manera destruir o desfigurar el documento, o pedirle a otra persona que lo haga en su presencia;
- ejecutar o pedirle a otra persona que ejecute una revocación por escrito fechada y firmada, que entra en vigor cuando se le entrega a su médico;
- revocar de forma verbal su declaración en presencia de un testigo, de 18 años o más, que debe firmar y fechar una confirmación por escrito de su revocación verbal. Una revocación verbal entra en vigor una vez que se comunica a su médico.

### **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.

## PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL DISTRITO DE COLUMBIA - PÁGINA 1 DE 4

---

### INTRODUCCIÓN

#### INFORMACIÓN SOBRE ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante. Antes de firmar este documento, es importante que conozca y entienda la siguiente información:

Este documento le da a la persona que usted nombra como su apoderado el poder de tomar decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Después de firmar este documento, tiene derecho a tomar decisiones de atención médica por sí mismo si se encuentra mentalmente competente para hacerlo. Además, después de que haya firmado este documento, no se le puede dar ningún tratamiento ni impedir que usted se oponga a alguna acción si se encuentra mentalmente competente para tomar esa decisión.

En este documento, puede establecer cualquier tipo de tratamiento que no desee o asegurarse de recibir el tratamiento que sí desee.

Usted tiene el derecho de revocar la potestad de su apoderado, a menos que le declaren como incompetente, notificando su decisión a su apoderado o proveedor de atención médica, ya sea de forma verbal o por escrito. En caso de revocar la potestad de su apoderado, se aconseja hacerlo por escrito y adjuntar copias de la revocación a este documento, donde quiera que se encuentre.

Si hay algo en este documento que usted no entienda, pida a su trabajador social, abogado u otra persona que se lo explique.

Debe conservar una copia de este documento una vez que lo haya firmado. Entréguele una copia a la persona a quien nombre como su apoderado. Si se encuentra en un centro de atención médica, se debe incluir una copia de este documento en su expediente médico.

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL DISTRITO DE COLUMBIA - PÁGINA 2 DE 4**

INSTRUCCIONES

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

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

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMEROS DE TELÉFONO PARTICULAR Y DE TRABAJO DE SU PRIMER Y SEGUNDO APODERADO SUPLENTE.

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

PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Yo, \_\_\_\_\_,  
(nombre)

con domicilio en \_\_\_\_\_,  
(domicilio)

por medio de la presente nombro a: \_\_\_\_\_  
(nombre del apoderado)

\_\_\_\_\_  
(domicilio)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono del trabajo)      \_\_\_\_\_  
(número de teléfono particular)

como mi apoderado para que tome decisiones de atención médica en mi nombre, en caso de que no pueda tomar mis propias decisiones de atención médica. Esto le da a mi apoderado el poder de otorgar, rechazar o suspender el consentimiento en mi nombre con respecto a cualquier servicio, tratamiento o procedimiento de atención médica. Mi apoderado también tiene la potestad para hablar con el personal de atención médica, obtener información y firmar los formularios necesarios para llevar a cabo estas decisiones.

Si la persona nombrada como mi apoderado no está disponible o no puede actuar como mi apoderado, nombro a las siguientes personas para representarme, en el orden que se indica a continuación:

1. \_\_\_\_\_  
(nombre del primer apoderado suplente)

\_\_\_\_\_  
(domicilio)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono del trabajo)      \_\_\_\_\_  
(número de teléfono particular)

2. \_\_\_\_\_  
(nombre del segundo apoderado suplente)

\_\_\_\_\_  
(domicilio)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono del trabajo)      \_\_\_\_\_  
(número de teléfono particular)

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL  
DISTRITO DE COLUMBIA - PÁGINA 3 DE 4**

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.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA FECHA Y LA UBICACIÓN, Y FIRME EL DOCUMENTO.

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR EL DOCUMENTO EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

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

Con este documento, tengo la intención de crear un poder notarial para la atención médica, el cual entrará en vigor en caso de que sea incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica, y el cual deberá continuar durante esta incapacidad.

Mi apoderado tomará las decisiones de atención médica que indico a continuación o que le hago saber a mi apoderado de alguna otra manera.

Declaración de instrucciones con respecto a la atención médica, tratamiento, servicios y procedimientos que prolongan la vida:

---

---

---

---

Cláusulas y limitaciones especiales:

---

---

---

---

Por medio de mi firma, indico que entiendo el propósito y efecto de este documento.

Firmo este formulario con mi nombre el \_\_\_\_\_  
(fecha)

en: \_\_\_\_\_  
(dirección de la ubicación)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL  
DISTRITO DE COLUMBIA - PÁGINA 4 DE 4**

PROCEDIMIENTO PARA  
LOS TESTIGOS

LOS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
FECHAR EL  
DOCUMENTO, Y  
ESCRIBIR EN LETRA  
DE IMPRENTA SUS  
NOMBRES Y  
DIRECCIONES.

TESTIGO N.º 1

**TESTIGOS**

Declaro que la persona que firmó o reconoció este documento es personalmente conocida por mí, que la persona firmó o reconoció este poder notarial duradero para la atención médica en mi presencia, y que la persona parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coerción, fraude o influencia indebida. No soy la persona nombrada como apoderado en este documento, ni soy el proveedor de atención médica del mandante o un empleado del proveedor de atención médica del mandante.

Firma del primer testigo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

TESTIGO N.º 2

Firma del segundo testigo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**(AL MENOS 1 DE LOS TESTIGOS ANTES MENCIONADOS TAMBIÉN DEBERÁ  
FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN).**

Además, declaro que no estoy relacionado con el mandante por sangre, matrimonio, adopción o como pareja doméstica, y que no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante en virtud de un testamento existente o por aplicación de la ley. Firma:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

AL MENOS UNO DE  
SUS TESTIGOS  
TAMBIÉN DEBE  
ESTAR DE ACUERDO  
CON ESTA  
DECLARACIÓN Y  
FIRMAR A  
CONTINUACIÓN.

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

Cortesía de CaringInfo  
[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)



**DECLARACIÓN DEL DISTRITO DE COLUMBIA - PÁGINA 2 DE 2**

---

Si no pudiera dar indicaciones con respecto al uso de dichos procedimientos de soporte vital, es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y médicos, como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico, así como aceptar las consecuencias de tal rechazo.

Entiendo en su totalidad la importancia de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacerla.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Considero que el declarante está en pleno uso de sus facultades mentales. No puse la firma anterior del declarante por o bajo indicación del declarante. Tengo al menos dieciocho años de edad y no estoy relacionado con el declarante por sangre, matrimonio o como pareja doméstica, ni tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante, de acuerdo con las leyes de sucesión intestada del Distrito de Columbia, o en virtud de ningún testamento o codicilo del declarante, ni soy directamente responsable a nivel financiero de la atención médica del declarante. No soy el médico tratante del declarante, un empleado del médico tratante ni un empleado del centro de salud en el que el declarante es paciente.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

FIRME Y FECHÉ  
EL DOCUMENTO.  
ESCRIBA SU  
DIRECCIÓN  
EN LETRA  
DE  
IMPRESA.

PROCEDIMIENTO  
PARA LOS TESTIGOS

DOS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
FECHAR AQUÍ.

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

Cortesía de CaringInfo  
[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

DONACIÓN DE  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LA  
OPCIÓN QUE REFLEJE  
SUS DESEOS.

AGREGUE EL NOMBRE  
O INSTITUCIÓN (SI  
CORRESPONDE) .

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

SUS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
ESCRIBIR EN  
LETRA DE  
IMPRENTA SUS  
DIRECCIONES.

AL MENOS UN  
TESTIGO DEBE SER  
UNA PARTE  
DESINTERESADA.

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

## FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DEL DISTRITO DE COLUMBIA PÁGINA 1 DE 1

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 abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley del Distrito de Columbia.

No quiero donar órganos ni tejidos y no quiero que mi abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de 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 del Distrito de Columbia, por la presente doy, a partir de mi muerte:

Cualquier órgano o parte necesaria.

La siguiente parte u órganos

mencionados a continuación: Para

(escriba sus iniciales en una opción):

Cualquier otro propósito legalmente autorizado.

Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

Nombre del declarante \_\_\_\_\_

Firma del declarante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soy una parte desinteresada con respecto al declarante, su donación y patrimonio. El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_