

FLORIDA

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación de los usuarios que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia del cuidado 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 de los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las indicaciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos de su estado, que son las páginas con la barra gris de indicaciones 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 de cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico de 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 llenar los formularios, diríjase a las barras grises de indicaciones, 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, fotocopíelos, 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 historial clínico electrónico o en una aplicación, programa o servicio de historiales clínicos 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 PARA FLORIDA

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. La **Designación de sustituto de atención médica para Florida** le permite nombrar a un adulto competente para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre procedimientos para prolongar la vida, si usted ya no puede hablar por sí mismo. La designación de un sustituto de atención médica es especialmente útil, ya que nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

Parte dos. El **Testamento en vida para Florida** le permite indicar sus deseos sobre atención médica en caso de que se encuentre en estado vegetativo permanente, tenga una afección en fase terminal o desarrolle una afección terminal. El testamento en vida también le permite expresar sus deseos sobre la donación de órganos.

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

Puede llenar la Parte uno, la Parte dos, o ambas, en función de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte tres.**

¿Qué debo hacer para que mi documento Instrucciones anticipadas para Florida sea legal?

La ley exige que usted firme su documento Instrucciones anticipadas en presencia de dos testigos mayores de edad, quienes también deben firmar el documento. Si usted es físicamente incapaz de firmar, puede pedir a alguien que firme por usted en su presencia y bajo su dirección y en presencia de sus dos testigos.

Su sustituto y sustituto suplente no pueden actuar como testigos de este documento. Al menos uno de los testigos no debe ser su cónyuge ni un pariente consanguíneo.

Nota: No necesita certificar ante notario su documento Instrucciones anticipadas para Florida.

¿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 designar a una segunda persona como su agente suplente. El agente suplente intervendrá si la persona que nombra como agente es incapaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar en su nombre.

¿Debo añadir indicaciones 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 usted 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 defenderle. 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?

Las facultades de su sustituto de atención médica entrarán en vigor cuando su médico determine que usted es física o mentalmente incapaz de comunicar una decisión voluntaria y consciente sobre su atención médica.

Su testamento en vida entrará en vigor cuando su médico determine que usted padece una de estas afecciones y ya no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica.

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

Limitaciones del agente

Salvo que usted indique expresamente lo contrario en la sección "Instrucciones específicas", su sustituto de atención médica, si lo nombra, no tiene la potestad para autorizar el aborto, la esterilización, la terapia electroconvulsiva, la psicocirugía, los tratamientos experimentales ni el ingreso voluntario en un centro de salud mental.

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

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Siempre puede revocar su documento Instrucciones anticipadas para Florida. La ley estatal le permite revocar su documento de las siguientes maneras:

1. mediante un escrito firmado y fechado que muestre su intención de revocar;
2. destruyendo físicamente el original, o pidiendo a alguien que lo destruya por usted en su presencia y bajo su dirección;
3. expresando verbalmente su intención de revocar, o
4. realizando un nuevo documento Instrucciones anticipadas que sustituya al anterior.

Debe notificarlo a su proveedor de atención médica y a su(s) sustituto(s) para asegurarse de que su revocación entre en vigor.

Si nombra a su cónyuge como sustituto y se divorcia o su matrimonio se anula posteriormente, las facultades de su cónyuge como sustituto se revocarán automáticamente. Si desea que las facultades de su cónyuge continúen en caso de divorcio o anulación, puede indicarlo en la sección "Instrucciones específicas" de la página 2 del formulario añadiendo una instrucción como: "La potestad de mi sustituto no será revocada por divorcio o anulación de nuestro matrimonio".

Asuntos de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a asuntos de salud mental. La National Resource Center on Psychiatric Advance Directives 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 permanente que se adapte a sus necesidades.

¿Qué otra información importante 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. 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 prehospitalarias" u "órdenes de no resucitar". Los formularios 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 del estado (<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 al llegar. 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 ANTICIPADAS PARA FLORIDA: PÁGINA 1 DE 6

INDICACIONES

ESCRIBA SU

NOMBRE EN LETRA

DE IMPRENTA

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO
PARTICULAR Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
SUSTITUTO EN
LETRA DE
IMPRESA

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO
PARTICULAR Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
SUSTITUTO
SUPLENTE EN
LETRA DE
IMPRESA

Parte uno. Designación de sustituto de atención médica

Yo, _____,
designo como mi sustituto de atención médica en virtud de la sección [765.202](#)
de los Estatutos de Florida a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Si mi sustituto de atención médica no está dispuesto, no es capaz o no está
razonablemente a su alcance desempeñar sus funciones, designo como mi
sustituto de atención médica suplente a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA FLORIDA: PÁGINA 2 DE 6

ESCRIBA SUS INICIALES EN LOS ESPACIOS QUE ANTECEDEN A CUALQUIER AUTORIDAD QUE DESEE OTORGAR A SU SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA

AL FINAL DE LA PÁGINA, 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 EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE CUIDADOS TERMINALES, AUNQUE TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTRAS CUESTIONES DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS FUNERARIOS. ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
Revisado en 2023.

Parte uno. Indicaciones para la atención médica

Autorizo a mi sustituto de atención médica a:

(_____) Recibir cualquier información sobre mi salud, ya sea verbal o registrada en cualquier forma o medio, que:

1. se cree o se reciba de un proveedor de atención médica, un centro de atención médica, un plan de salud, una autoridad de salud pública, un empleador, una aseguradora de vida, una escuela o universidad o una cámara de compensación de atención médica, y
2. se relacione con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura; la prestación de mi atención médica o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de mi atención médica.

Además, autorizo a mi sustituto de atención médica a:

(_____) Tomar todas las decisiones de atención médica por mí, lo que significa que él o ella tiene la autoridad para:

1. Dar su consentimiento informado, negar su consentimiento o retirar su consentimiento para todos y cada uno de mis cuidados médicos, incluidos los procedimientos para prolongar la vida.
2. Solicitar en mi nombre beneficios privados, públicos, gubernamentales o para veteranos para sufragar el costo de la atención médica.
3. Acceder a la información sobre mi salud razonablemente necesaria para que el sustituto de atención médica tome decisiones relacionadas con mi atención médica y solicite beneficios por mí.
4. Decidir hacer una donación anatómica de conformidad con la parte V del capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

(_____) Instrucciones específicas y restricciones:

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA FLORIDA: PÁGINA 3 DE 6

Mientras tenga la capacidad para tomar decisiones, mis deseos son determinantes y mis médicos y proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio en el plan de tratamiento antes de aplicarlo.

En la medida en que sea capaz de entender, mi sustituto de atención médica me mantendrá razonablemente informado de todas las decisiones que haya tomado en mi nombre y de los asuntos que me conciernan.

ESTA DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA NO SE VERÁ AFECTADA POR MI INCAPACIDAD POSTERIOR, SALVO LO DISPUESTO EN EL CAPÍTULO 765 DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA.

DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 765.104 DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA, ENTIENDO QUE PUEDO, EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS CONSERVE MI CAPACIDAD, REVOCAR O MODIFICAR ESTA DESIGNACIÓN AL:

- (1) FIRMAR UN INSTRUMENTO ESCRITO Y FECHADO QUE EXPRESE MI INTENCIÓN DE MODIFICAR O REVOCAR ESTA DESIGNACIÓN;
- (2) DESTRUIR FÍSICAMENTE ESTA DESIGNACIÓN POR MI PROPIA ACCIÓN O POR LA DE OTRA PERSONA EN MI PRESENCIA Y BAJO MI DIRECCIÓN;
- (3) EXPRESAR VERBALMENTE MI INTENCIÓN DE MODIFICAR O REVOCAR ESTA DESIGNACIÓN, O
- (4) FIRMAR UNA NUEVA DESIGNACIÓN QUE SEA SUSTANCIALMENTE DIFERENTE DE ESTA DESIGNACIÓN.

LA POTESTAD DE MI SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA ENTRARÁ EN VIGOR CUANDO MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DETERMINE QUE SOY INCAPAZ DE TOMAR MIS PROPIAS DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA, A MENOS QUE ESCRIBA MIS INICIALES EN UNA O AMBAS CASILLAS A CONTINUACIÓN:

SI ESCRIBO MIS INICIALES EN ESTA CASILLA [____], LA POTESTAD DE MI SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD ENTRARÁ EN VIGOR INMEDIATAMENTE.

SI ESCRIBO MIS INICIALES EN ESTA CASILLA [____], LA POTESTAD DE MI SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA POR MI ENTRARÁ EN VIGOR INMEDIATAMENTE. DE CONFORMIDAD CON LA SECCIÓN 765.204(3) DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA, CUALQUIER INDICACIÓN O DECISIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE YO TOME, YA SEA VERBALMENTE O POR ESCRITO, MIENTRAS POSEA CAPACIDAD, REEMPLAZARÁ CUALQUIER INDICACIÓN O DECISIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA TOMADA POR MI SUSTITUTO QUE ESTÉ EN CONFLICTO SUSTANCIAL CON LAS TOMADAS POR MÍ.

ESCRIBA SUS INICIALES SI DESEA OTORGAR AUTORIDAD A SU SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE RECIBA SU INFORMACIÓN MÉDICA AHORA

ESCRIBA SUS INICIALES SI DESEA OTORGAR AUTORIDAD A SU SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE TOME DECISIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA AHORA

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization.
Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA FLORIDA: PÁGINA 4 DE 6

FECHÉ EL DOCUMENTO

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA SUS INICIALES EN TODAS LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN

AÑADA EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL SUSTITUTO

AÑADA MÁS INDICACIONES, SI LAS HUBIERA

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Revisado en 2023.

Parte dos. Testamento en vida

Declaración hecha este _____ día de _____, _____,
(día) (mes) (año)

Yo, _____,
deliberada y voluntariamente doy a conocer mi deseo de que mi fallecimiento no sea prolongado artificialmente en las circunstancias que se exponen a continuación, y por el presente declaro que, si en algún momento estoy incapacitado y:

(escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan)

_____ tengo una afección terminal;
_____ tengo una afección en fase terminal, o
_____ me encuentro en estado vegetativo permanente

y si mi médico de atención primaria y otro médico asesor determinan que no hay ninguna probabilidad médica razonable de que me recupere de dicha afección, doy instrucciones para que se suspendan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos solo sirva para prolongar artificialmente el proceso de fallecimiento, y que se me permita fallecer de forma natural con solo la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme cuidados paliativos o para aliviar el dolor.

Es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de dicho rechazo.

En caso de que se determine que soy incapaz de dar un consentimiento expreso e informado con respecto a la suspensión, el retiro o la continuación de procedimientos para prolongar la vida, deseo designar a mi sustituto para que lleve a cabo las disposiciones de esta declaración:

Nombre: _____
Domicilio: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____

Entiendo completamente la importancia de esta declaración, y soy emocional y mentalmente competente para realizar esta declaración.

Indicaciones adicionales (opcional):

DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
SOLO UNA DE LAS
CUATRO
OPCIONES

SI YA ACORDÓ
DONAR SUS
ÓRGANOS A UN
DONATARIO
ESPECÍFICO,
ESCRIBA SUS
INICIALES EN ESTA
OPCIÓN E INDIQUE
AQUÍ LOS
DETALLES DE SU
ACUERDO

DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

Por el presente hago esta donación anatómica, si es médicamente aceptable, para que surta efecto en el momento del fallecimiento. Las palabras y los espacios marcados que figuran a continuación indican mis deseos:

Dono (escriba sus iniciales en una de las opciones siguientes):

_____ los órganos, tejidos u ojos necesarios para fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación;

_____ solo los siguientes órganos, tejidos u ojos para fines de trasplante, terapia, investigación médica o educación:

_____ mi cuerpo para un estudio anatómico si fuera necesario. Limitaciones o deseos especiales, si los hubiera:

_____ Ya he dispuesto donar:

_____ los órganos, tejidos u ojos necesarios, los
_____ siguientes órganos, tejidos u ojos:

al siguiente donatario: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

_____ Código postal: _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA FLORIDA: PÁGINA 6 DE 6

Parte tres. Aplicación

FIRME Y FECHÉ EL DOCUMENTO

Firma

Fecha

ESCRIBA SU NOMBRE Y DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre en letra de imprenta

Domicilio

Ciudad

Estado

FIRMAS DE LOS TESTIGOS:

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

Firma del primer testigo

Fecha

Nombre del primer testigo en letra de imprenta

Domicilio del primer testigo

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del segundo testigo

Fecha

Nombre del segundo testigo en letra de imprenta

Domicilio del segundo testigo

Ciudad

Estado

Código postal