

# INDIANA

## Instrucciones anticipadas

### Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de 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 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 de su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones que se encuentra del lado izquierdo.

#### ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en el que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos de 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 sus familiares, 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 sus familiares, 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 INDIANA**

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

El documento Instrucciones anticipadas para Indiana consta de tres partes. La Parte Uno es el **Nombramiento de representante de atención médica y poder notarial**, el cual le permite nombrar a una persona, denominada representante de atención médica (agente), para que tome decisiones sobre su atención médica si usted ya no puede hablar por sí mismo. La Parte Dos, la **Declaración para Indiana**, le permite indicar sus deseos con respecto a procedimientos para prolongar la vida en caso de que desarrolle una afección terminal y ya no pueda tomar sus propias decisiones. La Parte Tres contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido. Después del formulario de Instrucciones anticipadas, se encuentra el **Formulario de donación de órganos para Indiana**.

Según sus necesidades de planificación anticipada, puede llenar una o las dos primeras partes. Sin embargo, **debe llenar la Parte Tres**.

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

La ley de Indiana exige que su firma sea atestiguada de diferentes maneras, según las facultades que le otorgue a su representante de atención médica o las declaraciones que realice.

Si completa la Parte Uno, **Nombramiento de representante de atención médica y poder notarial**, debe firmar este formulario en presencia de un adulto, de 18 años o más, que no sea su representante de atención médica.

La Parte Dos exige que firme en presencia de dos testigos competentes, de 18 años o más, que también deben firmar el documento y declarar que le conocen personalmente y que creen que

se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. Si en su declaración decide que se le suspendan o retiren procedimientos para prolongar la vida, sus testigos **no pueden** ser:

- una persona que firme la Declaración en su nombre si usted no es capaz de firmarla por sí mismo;
- sus padres, cónyuge o hijos;
- una persona con derecho a una parte de su patrimonio, o
- una persona directamente responsable económicamente de su atención médica.

Si completa ambas partes, debe firmar su formulario en presencia de dos testigos competentes, de 18 años o más, que también deben firmar el documento y declarar que le conocen personalmente y que creen que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales.

Si en su declaración decide que se le suspendan o retiren procedimientos para prolongar la vida, sus testigos **no pueden** ser:

- una persona que firme la Declaración en su nombre si usted no es capaz de firmarla por sí mismo;
- sus padres, cónyuge o hijos;
- una persona con derecho a una parte de su patrimonio, o
- una persona directamente responsable económicamente de su atención médica.

### **¿A quién debo nombrar como mi agente?**

Su agente es la persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o 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 persona como su agente suplente. Un agente suplente intervendrá si la persona que nombra como agente no es capaz, no está dispuesta 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 elaborar 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?**

Su nombramiento para representación de atención médica y poder notarial entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar decisiones sobre su 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 Indiana en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

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

Puede revocar las facultades de su representante de atención médica en virtud de la Parte Uno al comunicar a su representante o a su proveedor de atención médica, verbalmente o por escrito, que revoca dichas facultades.

Puede revocar las instrucciones que haya establecido en la Parte Dos en cualquier momento al:

- firmar y fechar una revocación por escrito;
- expresar verbalmente su intención de revocar su declaración, o
- anular o destruir físicamente la declaración o dar instrucciones a otra persona para que lo haga en su presencia.

Su revocación de la Parte Dos entra en vigor en cuanto se lo notifique a su médico.

### **Problemas de salud mental**

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, usted puede indicar 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 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?**

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 ANTICIPADAS PARA INDIANA: PÁGINA 1 DE 3

### INSTRUCCIONES

ESCRIBA SU NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA

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

FIRME Y ESCRIBA SU NOMBRE Y LA FECHA EN LETRA DE IMPRENTA

SU TESTIGO DEBE FIRMAR Y ESCRIBIR SU NOMBRE Y LA FECHA EN LETRA DE IMPRENTA

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

### PARTE UNO: NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA Y PODER NOTARIAL

Información sobre el paciente o la persona que nombra		
Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre del paciente
Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Número de expediente médico del centro o proveedor de atención médica (opcional)	Centro o proveedor de atención médica (opcional)

#### Nombramiento de representante de atención médica

Yo, teniendo al menos dieciocho (18) años de edad, encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales, y con la capacidad para dar mi consentimiento para mi atención médica, por el presente nombro a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación como mi representante legal de atención médica en todos los asuntos que afecten mi atención médica, incluidos, entre otros, dar consentimiento o negarse a dar consentimiento para atención médica, cirugías, o ingreso en centros de atención médica, incluidos centros de atención prolongada, a menos que se estipule lo contrario en este nombramiento. Este nombramiento entrará en vigor en el momento y cada que mi médico tratante determine que no soy capaz de dar mi consentimiento para mi atención médica. Entiendo que, si nombré previamente a un representante de atención médica, el nombramiento que figura a continuación sustituye (reemplaza) al (los) representante(s) de atención médica designado(s) anteriormente.

Autorizo a mi representante de atención médica a tomar las decisiones que más convengan a mi interés en relación con el retiro o la suspensión de atención médica. Si en cualquier momento, según mis preferencias previamente expresadas y el diagnóstico y pronóstico, mi representante de atención médica está convencido de que determinado tipo de atención médica no es o no sería conveniente o de que tal tipo de atención médica es o sería excesivamente oneroso, mi representante de atención médica puede expresar mi voluntad de que dicha atención médica se suspenda o retire y puede dar consentimiento en mi nombre para que se interrumpa o no se administre una parte o la totalidad de la atención médica, incluso si el resultado puede ser el fallecimiento. Mi representante de atención médica debe intentar hablar conmigo sobre esta decisión. No obstante, si no soy capaz de comunicarme, mi representante de atención médica puede tomar esta decisión por mí, previa consulta con mi médico o médicos y otros profesionales de atención médica pertinentes. En la medida en que sea apropiado, mi representante de atención médica también puede hablar sobre esta decisión con mis familiares y otras personas si están disponibles.

Especifico los siguientes términos y condiciones (si los hubiera):

Nombre del representante designado	Domicilio del representante (número y calle, ciudad, estado y código postal)	Número de teléfono del representante
Firma del paciente, de la persona que nombra o de la persona designada (debe firmarse en presencia de la persona que nombra)	Nombre del paciente, de la persona que nombra o de la persona designada en letra de imprenta	Fecha del nombramiento (mm/dd/aaaa)
Firma del testigo	Nombre del testigo en letra de imprenta	Fecha (mm/dd/aaaa)

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA INDIANA: PÁGINA 2 DE 3

### PARTE DOS: DECLARACIÓN

Esta declaración entrará en vigor en la fecha de su firma y permanecerá en vigor hasta su revocación o el fallecimiento del declarante. Esta declaración debe entregarse a su médico.

#### DECLARACIÓN RELATIVA A PROCEDIMIENTOS PARA PROLONGAR LA VIDA

Declaración hecha este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (*mes, año*). Yo, \_\_\_\_\_  
teniendo al menos dieciocho (18) años de edad y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales, doy a conocer intencional y voluntariamente mi deseo de que, si en algún momento padezco una lesión, enfermedad o dolencia incurable evaluada como una afección terminal, solicito el uso de procedimientos para prolongar la vida que extenderían mi vida. Esto incluye la alimentación y la hidratación apropiadas, la administración de medicamentos y la realización de todos los demás procedimientos médicos necesarios para prolongar mi vida, para proporcionar cuidados para la comodidad o para aliviar el dolor.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de procedimientos para prolongar la vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal a solicitar tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de la solicitud.

Entiendo la plena importancia de esta declaración.

Firma \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Ciudad, condado y estado de  
residencia*

#### TESTIGOS

Conozco personalmente al declarante y creo que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. Soy competente y tengo al menos dieciocho (18) años de edad.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha (*mes, día, año*) \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha (*mes, día, año*) \_\_\_\_\_

ESCRIBA LA FECHA  
EN LETRA DE  
IMPRESA

FIRME AQUÍ SI  
DESEA QUE SE  
ADMINISTREN  
PROCEDIMIENTOS  
PARA  
PROLONGAR LA  
VIDA EN  
CUALQUIER  
CIRCUNSTANCIA

SUS DOS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
FECHAR

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA INDIANA: PÁGINA 3 DE 3

### PARTE DOS: DECLARACIÓN

Esta declaración entrará en vigor en la fecha de su firma y permanecerá en vigor hasta su revocación o el fallecimiento del declarante. Esta declaración debe entregarse a su médico.

ESCRIBA LA FECHA  
EN LETRA DE  
IMPRENTA ESCRIBA  
SU NOMBRE EN  
LETRA DE IMPRENTA

#### DECLARACIÓN RELATIVA AL TESTAMENTO EN VIDA

Declaración hecha este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, año). Yo, \_\_\_\_\_  
teniendo al menos dieciocho (18) años de edad y encontrándome en pleno uso de mis facultades mentales, doy a conocer intencional y voluntariamente mis deseos de que no se prolongue artificialmente mi fallecimiento en las circunstancias establecidas a continuación, y declaro que:

Si en cualquier momento mi médico tratante certifica por escrito que:

- (1) padezco una lesión, enfermedad o dolencia incurable;
- (2) mi fallecimiento se producirá en un plazo breve, y
- (3) el uso de procedimientos para prolongar la vida solo serviría para prolongar artificialmente el proceso del fallecimiento,

Doy instrucciones para que dichos procedimientos se suspendan o retiren y se me permita fallecer de forma natural solo con la realización o administración de cualquier procedimiento médico o medicamento necesario para proporcionarme cuidados para la comodidad o para aliviar el dolor y, si así lo indico a continuación, para la alimentación e hidratación suministradas artificialmente. (*Indique su opción escribiendo sus iniciales o colocando su huella antes de firmar esta declaración*):

\_\_\_\_\_ Deseo recibir alimentación e hidratación suministradas artificialmente, incluso si el esfuerzo por mantener la vida es inútil o excesivamente oneroso para mí.

\_\_\_\_\_ No deseo recibir alimentación ni hidratación suministradas artificialmente si el esfuerzo por mantener la vida es inútil o excesivamente oneroso para mí.

\_\_\_\_\_ No tomo ninguna decisión de forma intencional en relación con la alimentación e hidratación suministradas artificialmente, y dejo la decisión en manos de mi representante de atención médica nombrado en virtud de la sección 16-36-1-7 del Código de Indiana (Indiana Code, IC) o de mi apoderado legal con facultades relativas a la atención médica en virtud de la sección 30-5-5 del IC.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de procedimientos para prolongar la vida, 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 este rechazo.

Entiendo la plena importancia de esta declaración.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, condado y estado de  
residencia*

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA DE LAS TRES  
OPCIONES  
SIGUIENTES

FIRME CON SU  
NOMBRE

ESCRIBA SU CIUDAD,  
CONDADO Y ESTADO  
DE RESIDENCIA EN  
LETRA DE IMPRENTA

SUS DOS  
TESTIGOS DEBEN  
FIRMAR Y  
FECHAR

#### TESTIGOS

Conozco personalmente al declarante y creo que se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales. No firmé la firma del declarante que figura arriba en su nombre ni bajo su dirección. No soy padre, cónyuge ni hijo del declarante. No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante ni soy directamente responsable económicamente de la atención médica del declarante. Soy competente y tengo al menos dieciocho (18) años de edad.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha (mes, día, año) \_\_\_\_\_



DONACIÓN DE  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LA  
OPCIÓN QUE  
REFLEJE SUS  
DESEOS

AÑADA EL  
NOMBRE O LA  
INSTITUCIÓN (SI  
CORRESPONDE)

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

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

AL MENOS UN  
TESTIGO DEBE  
SER UNA PARTE  
DESINTERESADA

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

## FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA INDIANA: 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 representante de atención médica, apoderado para la atención médica, apoderado u otro agente, o su familia, pueden tener potestad para hacer una donación de todo su cuerpo o parte del mismo conforme a la ley de Indiana.

\_\_\_\_\_ No deseo hacer ninguna donación de órganos ni tejidos, y no deseo que mi apoderado 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 Indiana, 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 una 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 \_\_\_\_\_