

# IOWA

## Instrucciones anticipadas

### Planificación de las decisiones importantes de 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 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 IOWA**

Este paquete contiene 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.

**Parte uno.** El **Poder notarial duradero para la atención médica del Iowa** le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica (incluidas las decisiones sobre los procedimientos de soporte vital) si ya no puede hablar por usted mismo. El poder notarial duradero para la atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida. Esta persona se conoce como su "agente". También puede escuchar el término "apoderado".

También puede nombrar a una persona para tomar decisiones con respecto a la disposición final de sus restos.

**Parte dos.** La **Declaración de Iowa** es el testamento en vida para su estado. Le permite expresar sus deseos para recibir procedimientos para el soporte vital, en caso de que desarrolle una afección terminal y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Si este no es su deseo, no debe completar la parte dos.

La **Parte tres** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento entre en vigor.

Después del formulario de instrucciones anticipadas sigue un **Formulario de donación de órganos de Iowa**.

Puede completar la Parte uno, la Parte dos o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte tres.**

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

La ley establece que firme y feche sus instrucciones anticipadas. También debe atestiguarlas de

una de dos maneras:

Opción 1: firme ante un notario público.

## U

Opción 2: firme su documento o pida a otra persona que lo firme, en presencia de dos testigos. Estos testigos **no pueden** ser:

- su médico u otro proveedor de atención médica tratante,
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante,
- la persona que nombró como su agente, o
- una persona menor de 18 años.

Al menos uno de sus testigos debe ser una persona que no esté relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción dentro del tercer grado de consanguinidad. Esto significa que su testigo debe tener un parentesco más alejado con usted por sangre o adopción que sus tíos, tías, sobrinos, sobrinas, bisabuelos y bisnietos, o por matrimonio que sus tíos, tías, sobrinos, sobrinas, bisabuelos y bisnietos políticos.

### **¿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 que nombró como su agente no puede ser:

- su médico u otro proveedor de atención médica tratante, o
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante, a menos que esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción dentro del tercer grado de consanguinidad.

Puede nombrar a una segunda persona como su agente suplente. El agente suplente interviene si la primera persona a la que nombró como agente 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 de Iowa** entra en vigor cuando su médico determina que ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

Su **Declaración de Iowa** entra en vigor cuando su médico determina que tiene una afección terminal y que ya no puede tomar sus propias decisiones de atención médica o que 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**

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Iowa 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 o declaración en cualquier momento y de cualquier manera, independientemente de su afección mental o física. Su revocación entra en vigor cuando usted, o alguien más, comunica esta revocación a su médico tratante.

Si nombra a su cónyuge como su agente y su matrimonio termina, el poder de su agente se revoca automáticamente.

Si decide nombrar a un designado para tomar decisiones con respecto a la disposición final de sus restos, solo puede revocar ese poder en un escrito firmado.

### **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.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE IOWA - PÁGINA 1 DE 5**

INSTRUCCIONES

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU APODERADO.

**Parte uno: Poder notarial duradero para la atención médica**

Por la presente nombro a \_\_\_\_\_, residente en  
(nombre del apoderado)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(ciudad) (estado) (código postal)

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

como mi apoderado (mi "agente") y le otorgo a mi agente el poder de tomar decisiones de atención médica en mi nombre. Este poder existe solo cuando soy incapaz, a juicio de mi médico tratante, de tomar esas decisiones de atención médica. El apoderado debe actuar de manera consistente con mis deseos, como se indica en este documento o se dé a conocer de otra manera.

En el caso de que la persona antes nombrada no pueda, no quiera o no esté disponible para actuar como mi agente, por la presente nombro a

\_\_\_\_\_, residente en  
(nombre del agente suplente)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(ciudad) (estado) (código postal)

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

LOS PODERES DE SU AGENTE

**Parte uno: Poder notarial duradero para la atención médica (continuación)**

Salvo que se especifique lo contrario en este documento, este documento le otorga a mi agente el poder, siempre que sea consistente con la ley de este estado, de consentir que mi médico no brinde atención médica o suspenda la atención médica necesaria para mantenerme con vida.

Este documento le otorga a mi agente el poder de tomar decisiones de atención médica en mi nombre, incluido dar su consentimiento, negarse a dar su consentimiento o retirar su consentimiento para la prestación de cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental. Este poder está sujeto a cualquier declaración de mis deseos y cualquier limitación incluida en este documento.

Mi agente tiene el derecho de examinar mis expedientes médicos y dar su consentimiento para la divulgación de dichos registros.

**Declaración de disposición final (opcional)**

OPCIONAL

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE DESEA NOMBRAR PARA TOMAR DECISIONES CON RESPECTO A LA DISPOSICIÓN FINAL DE SUS RESTOS.

Por la presente nombra a \_\_\_\_\_ como mi designado según la Ley de Disposición Final de Iowa. Mi designado tendrá la única responsabilidad de tomar decisiones relativas a la disposición final de mis restos y las ceremonias que se realizarán después de mi muerte. Esta declaración de disposición final revoca todas las declaraciones de disposición final anteriores. Este nombramiento entra en vigor tras mi muerte.

Mi designado actuará de una manera que sea razonable según las circunstancias.

Puedo revocar o enmendar esta declaración de disposición final en cualquier momento. Estoy de acuerdo con que un tercero (como un establecimiento funerario o de cremación, director de funeraria o cementerio) que reciba una copia de esta declaración de disposición final pueda actuar en función de ella. La revocación de esta declaración de disposición final no entrará en vigor para un tercero hasta que el tercero reciba la notificación de la revocación. Mi patrimonio indemnizará a mi designado y a cualquier tercero por los costos incurridos por ellos o los reclamos que surjan en su contra como resultado de su confianza de buena fe en esta declaración.





**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE IOWA - PÁGINA 4 DE 5**

---

**Parte dos: Declaración**

Si tuviera una afección incurable o irreversible que resultara en la muerte dentro de un periodo relativamente corto o estuviera en un estado de inconsciencia permanente del cual, a un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación, deseo que mi vida no se prolongue por la administración de procedimientos de soporte vital. Si no puedo participar en mis decisiones de atención médica, deseo que mi médico tratante retenga o retire los procedimientos de soporte vital que simplemente prolongan el proceso de muerte y no son necesarios para mi comodidad o el alivio del dolor.

Instrucciones adicionales específicas (si las hay):

---

---

---

---

Lista de limitaciones o deseos especiales, si los hay:

---

---

---

---

---

---

---

---

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.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE IOWA - PÁGINA 5 DE 5**

FIRME Y FECHÉ SU FORMULARIO.

DEBE FIRMAR EN PRESENCIA DE TESTIGOS O UN NOTARIO.

TESTIGO N.º 1

TESTIGO N.º 2

UN TESTIGO TAMBIÉN DEBE ESTAR DE ACUERDO CON ESTA DECLARACIÓN Y FIRMAR AQUÍ.

O

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN DEL DOCUMENTO.

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

**Parte tres: Cumplimiento**

Firmado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
(día) (mes) (año)

Firma \_\_\_\_\_

**Alternativa n.º 1, testigos:**

El declarante es conocido por mí y firmó de manera voluntaria este documento en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro además que no soy pariente del declarante por sangre, matrimonio o adopción dentro del tercer grado de consanguinidad.

\_\_\_\_\_  
(firma del primer o segundo testigo)

- O -

**Alternativa n.º 2, reconocimiento de un notario público:**

El \_\_\_\_\_, se presentó ante mí \_\_\_\_\_,  
(fecha) (nombre del declarante)

quien sé que es esa persona, y el declarante ejecutó esta declaración en este momento y lugar.

Juramentado ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(notario público)

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

## FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE IOWA - PÁGINA 1 DE 1

DONACIÓN DE  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN  
LA OPCIÓN QUE  
REFLEJE SUS  
DESEOS.

AGREGUE EL NOMBRE  
O INSTITUCIÓN.

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  
Hospice and  
Palliative Care  
Organization.  
Revisado en  
2023.

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 apoderado, tutor, agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley de Iowa.

\_\_\_\_\_ No quiero hacer una donación de órganos ni tejidos y no quiero que mi apoderado, tutor, otro agente o 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 de Iowa, 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 \_\_\_\_\_

Cortesía de CaringInfo

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