

KANSAS

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 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 para 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 para 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 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 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 KANSAS

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. El **Poder notarial duradero para las decisiones de atención médica para Kansas** le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre procedimientos de mantenimiento de la vida, si usted ya no es capaz de hablar. El Poder notarial duradero para las decisiones de atención médica es especialmente útil, ya que le permite designar a una persona para que hable por usted en algún momento en que no sea capaz de tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, no solo al final de la vida. La persona que elija se denomina "agente".

Su agente también puede tomar decisiones sobre la donación de órganos y la disposición final de sus restos.

Parte Dos. La **Declaración de Kansas** es el testamento en vida de su estado. Le permite indicar su deseo de que se suspendan o retiren procedimientos de mantenimiento de la vida en caso de que desarrolle una afección terminal y ya no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención médica. Si este no es su deseo, no debe completar la Parte Dos.

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

Puede llenar la Parte Uno, la Parte Dos, o ambas, según sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte Tres.**

Después del formulario de instrucciones anticipadas, se encuentra el **Formulario de donación de órganos para Kansas**. Este formulario es especialmente útil para que pueda comunicar sus deseos sobre la donación de órganos si no designó a un agente para que comunique sus deseos por usted en la Parte Uno del documento Instrucciones anticipadas para Kansas.

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

La ley exige que firme y feche su documento de instrucciones anticipadas. También debe

atestiguarse de una de estas dos maneras:

Opción 1: Firme su documento ante un notario público,

U

Opción 2: Firme su documento, o dé instrucciones a otra persona para que lo firme, en presencia de dos testigos.

Estos testigos **no pueden** ser:

- la persona que firma su formulario por usted;
- la persona que designa como su agente de atención médica;
- una persona que tiene derecho a una parte de su patrimonio;
- una persona directamente responsable económicamente de su atención médica, o
- un pariente suyo por consanguinidad, afinidad o adopción.

¿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 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.

A menos que su agente sea pariente suyo o sea un compañero miembro de una orden religiosa a la que usted pertenezca, su agente no puede ser:

- su médico u otro proveedor de atención médica tratante;
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante, o
- un empleado de cualquier hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento psiquiátrico, centro de cuidados de hospicio, hogar para adultos mayores o institución similar.

Puede designar a una segunda persona como su agente suplente. El suplente intervendrá si la primera 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 realizar 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?

La Parte Uno, el **Poder notarial duradero para las decisiones de atención médica para Kansas** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica.

La Parte Dos, la **Declaración de Kansas** entra en vigor cuando su médico determina que tiene una afección terminal y ya no puede tomar sus propias decisiones sobre la 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 Kansas en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Usted puede revocar la potestad de su agente en virtud de la Parte Uno, **Poder notarial duradero para las decisiones de atención médica**, al notificar a su agente verbalmente o por escrito. Esta revocación solo es válida si también notifica a su médico.

Puede revocar su **Declaración** en virtud de la Parte Dos al:

- borrar, quemar, romper o destruir o anular de cualquier otro modo el documento;
- realizar, o dar instrucciones a otra persona para que realice, una revocación escrita fechada (declaración formal de que cambió de opinión), o
- expresar verbalmente su intención de revocar en presencia de un testigo, de 18 años o más, quien debe firmar y fechar una confirmación escrita de que usted realizó una revocación verbal. Una revocación verbal entra en vigor cuando su médico o proveedor de atención médica recibe una copia de este documento.

Problemas 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 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?

La Parte Dos, la **Declaración de Kansas**, no es válida durante el embarazo.

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 prehospitolaria" 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

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE EN LETRA
DE IMPRESA

ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE SUPLENTE
EN LETRA DE
IMPRESA

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

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA KANSAS: PÁGINA 1 DE 5

Parte Uno: Poder notarial duradero para las decisiones de atención médica

CONCESIÓN DE POTESTAD AL AGENTE

Yo, _____ ,
(nombre)

designo y nombro a: _____
(nombre del agente)

(domicilio)

(número de teléfono particular) (número de teléfono de trabajo)

o, en caso de que la persona que designo arriba no sea capaz, no esté dispuesta o no esté a su alcance desempeñar la función, designo a:

(nombre del agente suplente)

(domicilio)

(número de teléfono particular) (número de teléfono de trabajo)

para que sea mi agente para las decisiones de atención médica y de conformidad con el texto que se indica a continuación, actuar en mi nombre para:

(1) consentir, negar el consentimiento o retirar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para sustentar, diagnosticar o tratar una afección física o mental, y para tomar decisiones sobre la donación de órganos, autopsia y disposición del cuerpo;

(2) hacer todos los arreglos necesarios en cualquier hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento psiquiátrico, centro de cuidados de hospicio, hogar para adultos mayores o institución similar; contratar o despedir a personal de atención médica; incorporar médicos, psiquiatras, psicólogos, dentistas, enfermeros, terapeutas o cualquier otra persona que esté titulada, certificada o autorizada de otro modo o permitida por las leyes de este estado para administrar atención médica, según el agente lo considere necesario para mi bienestar físico, mental y emocional, y

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA KANSAS: PÁGINA 3 DE 5

LIMITACIONES DE LA POTESTAD

(1) Las facultades del agente se limitarán a lo establecido por escrito en el presente poder notarial duradero para las decisiones de atención médica, y por mis deseos establecidos en la Parte Dos (si completé la Parte Dos), y no incluirán la facultad de revocar o invalidar ninguna declaración anterior realizada de conformidad con la Ley de Fallecimiento Natural.

(2) El agente tendrá prohibido autorizar el consentimiento para los siguientes asuntos:

(3) El presente poder notarial duradero para las decisiones de atención médica estará sujeto a las siguientes limitaciones adicionales:

ENTRADA EN VIGOR

Este poder notarial para las decisiones de atención médica entrará en vigor en el momento en que ocurra mi incapacidad o impedimento.

REVOCACIÓN

Por el presente queda revocado cualquier poder notarial duradero para las decisiones de atención médica que haya realizado con anterioridad.

ENUMERE LAS
LIMITACIONES A
LA FACULTAD DE
SU AGENTE PARA
CONSENTIR
TRATAMIENTO
MÉDICO
(SI LAS HUBIERA)

ENUMERE OTRAS
LIMITACIONES A LA
FACULTAD DE SU
AGENTE (SI LAS
HUBIERA)

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA KANSAS: PÁGINA 4 DE 5

INSTRUCCIONES

ESCRIBA LA FECHA
EN LETRA DE
IMPRESA

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA

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
RELACIONADOS
CON TRATAMIENTO
DE CUIDADOS DE
HOSPICIO, 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 Dos: Declaración

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

Yo, _____,
(nombre)

estando en pleno uso de mis facultades mentales, doy a conocer intencional y voluntariamente mi deseo de que no se prolongue artificialmente mi fallecimiento en las circunstancias expuestas a continuación, y por el presente declaro que:

Si en algún momento padezco una lesión, enfermedad o dolencia incurable certificada como una afección terminal por dos médicos que me hayan examinado personalmente, uno de los cuales será mi médico tratante, y los médicos determinaron que se producirá mi fallecimiento, se utilicen o no procedimientos de mantenimiento de la vida, y cuando la aplicación de procedimientos de mantenimiento de la vida solo sirva para prolongar artificialmente el proceso de fallecimiento, doy instrucciones para que dichos procedimientos se suspendan o se retiren, y que se me permita fallecer de forma natural solo con la administración de medicamentos o la realización de cualquier procedimiento médico que se considere necesario para proporcionarme cuidados para la comodidad.

Además, doy instrucciones para que:

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de dichos procedimientos de mantenimiento de la vida, es mi intención que esta declaración sea respetada por mi agente (si lo hubiera), familia y médico(s) como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de este rechazo.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA KANSAS: PÁGINA 5 DE 5

Parte Tres: Aplicación.

Entiendo toda la importancia del presente documento y soy emocional y mentalmente competente para designar a un agente o para realizar esta declaración.

Firma _____ Fecha _____

Ciudad, condado y estado de residencia _____

Opción n.º 1: 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 estoy designado como agente del declarante en la parte superior correspondiente. No soy pariente del declarante por consanguinidad ni afinidad, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante de acuerdo con las leyes de sucesión intestada o en virtud de cualquier testamento del declarante o codicilo del mismo, ni soy directamente responsable económicamente de la atención médica del declarante.

Testigo _____

Domicilio _____

Testigo _____

Domicilio _____

U

Opción n.º 2: Reconocido ante notario público:

ESTADO DE KANSAS)
) sc.

Condado de _____)

El presente instrumento fue reconocido ante mí el _____
(fecha)

por _____
(nombre del mandante)

(firma del notario público)

(Sello, en su caso)

Mi designación expira el: _____

Copias: _____

FIRME Y FECHÉ EL DOCUMENTO Y ESCRIBA SU LUGAR DE RESIDENCIA EN LETRA DE IMPRENTA

DEBE FIRMAR ANTE UN NOTARIO O EN PRESENCIA DE TESTIGOS

TESTIGO n.º 1

TESTIGO n.º 2

O

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN DE SU DOCUMENTO

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

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 KANSAS: 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 agente, tutor, o su familia pueden tener potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo de conformidad con la ley de Kansas.

_____ No deseo hacer ninguna donación de órganos ni tejidos y no deseo que mi agente, tutor, 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 Kansas, 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 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 _____
