

# KENTUCKY

## 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 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 los 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 las instrucciones completas.
- 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, fotocópielos, 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 KENTUCKY**

Este paquete contiene el documento Instrucciones del testamento en vida para Kentucky (o "Instrucciones anticipadas"), el cual 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.

La **Parte I** es el **Nombramiento de un suplente**. Esta parte 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 puede hablar por sí mismo.

La **Parte II** le permite dar **Instrucciones** sobre sus deseos con respecto a la atención médica. La Parte II también le permite elegir si desea o no donar sus órganos.

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

Puede llenar la Parte I, la Parte II, o ambas, según sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte III.**

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

Cuenta con dos opciones para que su documento sea válido.

Opción 1: Firme en presencia de dos testigos, quienes deben tener al menos 18 años de edad. Sus testigos **no pueden** ser:

- un pariente consanguíneo;
- una persona que tenga derecho a una parte de su patrimonio;
- su médico tratante;
- un empleado de un centro de atención médica en el que usted sea paciente o residente, a menos que el empleado se desempeñe como notario público, o
- una persona directamente responsable económicamente de su atención médica.

## **U**

Opción 2: Firme ante un notario público. El notario público estará sujeto a las mismas

restricciones que sus testigos.

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

Un suplente 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 suplente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como suplente 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 suplente alternativo. El suplente alternativo intervendrá si la primera persona que nombra como suplente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar por usted.

No puede nombrar como su suplente o suplente alternativo a un empleado, propietario, director o responsable de un centro de atención médica en el que usted sea residente o paciente, a menos que tenga parentesco con usted por consanguinidad o afinidad o sea miembro de la misma orden religiosa (por ejemplo, si ambos son sacerdotes, monjes o monjas de la misma orden).

### **¿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 suplente?**

La Parte I, **Nombramiento de un suplente**, entra en vigor cuando su médico determina que usted no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica.

La Parte II, **Instrucciones**, entra en vigor cuando su médico determina que usted no puede tomar sus propias decisiones sobre la atención médica y padece una afección terminal o se encuentra inconsciente de forma permanente.

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

### **Limitaciones del suplente**

A pesar de las instrucciones que usted o su suplente proporcionen, no se suspenderán los tratamientos para prolongar la vida ni la alimentación e hidratación suministradas

artificialmente si está embarazada, a menos que exista una certeza médica razonable de que dichos procedimientos no permitirán que nazca el bebé, serán físicamente perjudiciales para usted o prolongarán un dolor intenso que no puede aliviarse con medicamentos.

Su suplente estará sujeto a las leyes vigentes en Kentucky en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

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

Puede revocar total o parcialmente sus instrucciones del testamento en vida, incluido el nombramiento de su suplente en cualquier momento mientras tenga la capacidad para tomar sus propias decisiones. Puede revocar sus instrucciones del testamento en vida en cualquier momento mediante:

- una revocación por escrito firmada y fechada;
- una revocación verbal realizada en presencia de dos adultos, uno de los cuales deberá ser un proveedor de atención médica, o
- la destrucción del documento por su parte o por una persona que actúe bajo su dirección.

### **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 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 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.

**TESTAMENTO EN VIDA PARA KENTUCKY: PÁGINA 1 DE 4**

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL NOMBRE DE SU SUPLENTE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL NOMBRE DE SU SUPLENTE ALTERNATIVO EN LETRA DE IMPRENTA

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.

**NOTA: La firma de este documento limita la retención y el retiro de algunos procedimientos médicos. Consulte los Estatutos Revisados de Kentucky o a su abogado.**

**PARTE I. NOMBRAMIENTO DEL SUPLENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta),

nombro a \_\_\_\_\_ (nombre del suplente) como mi suplente de atención médica para que tome decisiones sobre la atención médica por mí de acuerdo con estas instrucciones en caso de que ya no tenga capacidad de decisión. Si la persona que nombro en la parte de arriba se niega o no es capaz de actuar por mí, yo

nombro a \_\_\_\_\_ (nombre del suplente alternativo)

como mi suplente de atención médica.

Al tomar decisiones sobre la atención médica en mi nombre, mi suplente debe considerar las acciones que serían coherentes con las conversaciones que mantuvimos en el pasado, con mis preferencias de tratamiento según lo expresado en este o cualquier otro documento en el que haya indicado mis deseos, con mis valores y creencias religiosas y de otro tipo, y con la forma en que traté cuestiones médicas y otras cuestiones importantes en el pasado. Si aún no está claro lo que yo decidiría, mi suplente debe tomar las decisiones en mi nombre de acuerdo con mi mejor interés, teniendo en cuenta los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias actuales y de las opciones de tratamiento.

Doy las siguientes instrucciones como orientación adicional a mi suplente:

---

---

---

---

---

---

---

---

Cualquier nombramiento anterior queda revocado.

ESCRIBA SUS INICIALES EN ESTA OPCIÓN SI DESEA QUE SU SUPLENTE TOMÉ DECISIONES RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES Y OTROS TRATAMIENTOS PARA PROLONGAR LA VIDA. SI ESCRIBE SUS INICIALES EN LA OPCIÓN DE LA PARTE A, NO LLENE LAS PARTES B NI C

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN. NO LLENE LA PARTE B SI ESCRIBIÓ SUS INICIALES EN LA OPCIÓN DE LA PARTE A

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN. NO LLENE LA PARTE C SI ESCRIBIÓ SUS INICIALES EN LA OPCIÓN DE LA PARTE A

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

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

## PARTE II. INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA ATENCIÓN MÉDICA

Mis deseos relativos a la atención médica, al tratamiento para prolongar la vida y a la alimentación e hidratación artificiales que se me administrarán si ya no tengo capacidad de decisión, padezco una afección terminal o me encuentro inconsciente de forma permanente, se indican mediante la marca y rubrica de las líneas correspondientes que se encuentran a continuación. Si no nombro a un suplente, o si mi suplente no está razonablemente disponible, mis siguientes instrucciones están dirigidas a mi médico tratante. Si nombré a un suplente, mi suplente cumplirá mis deseos como se indica a continuación:

### A. Suplente encargado de la toma de decisiones

\_\_\_\_\_ Autorizo a mi suplente, nombrado anteriormente, a retener o retirar la alimentación o los líquidos suministrados artificialmente, u otro tratamiento para prolongar la vida, si el suplente determina que la retención o el retiro es en mi mejor interés, aunque yo no ordeno esa retención o ese retiro. **(Si escribe sus iniciales en esta opción, no llene las opciones B ni C a continuación).**

### B. Tratamiento para prolongar la vida

\_\_\_\_\_ Doy instrucciones para que se suspenda o retire tratamiento para prolongar la vida, y que se me permita fallecer de forma natural con solo la administración de medicamentos o la realización de cualquier tratamiento médico que se considere necesario para aliviar el dolor.

\_\_\_\_\_ NO autorizo que se suspenda ni retire tratamiento para prolongar la vida.

### C. Alimentación e hidratación suministradas artificialmente

\_\_\_\_\_ Autorizo la suspensión o el retiro de alimentos, agua u otro tipo de nutrición o líquidos suministrados artificialmente.

\_\_\_\_\_ NO autorizo la suspensión ni el retiro de alimentos, agua u otro tipo de nutrición o líquidos suministrados artificialmente.

### D. Donación de órganos y tejidos

\_\_\_\_\_ Autorizo la donación de todo mi cuerpo o parte del mismo en el momento de mi fallecimiento para cualquier fin establecido en la sección 311.185 de los Estatutos Revisados de Kentucky (Kentucky Revised Statutes, KRS).

\_\_\_\_\_ NO autorizo la donación de todo mi cuerpo ni parte del mismo en el momento de mi fallecimiento.



**TESTAMENTO EN VIDA PARA KENTUCKY: PÁGINA 4 DE 4**

**Parte II. Firma**

Firmado este día \_\_de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.  
(día) (mes) (año)

Firma del otorgante: \_\_\_\_\_

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

Domicilio del otorgante: \_\_\_\_\_

**TESTIGOS**

En nuestra presencia conjunta, el otorgante, quien se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y tiene dieciocho años de edad o más, fechó y firmó voluntariamente este escrito o dio instrucciones para que se fechara y firmara en su nombre.

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

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

Domicilio del testigo: \_\_\_\_\_

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

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

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

Domicilio del testigo: \_\_\_\_\_

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

**-O-**

**NOTARIO**

-----  
ESTADO DE KENTUCKY )

sc. Condado de \_\_\_\_\_ )

Ante mí, la autoridad que suscribe, compareció el otorgante, quien se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y tiene dieciocho (18) años de edad o más, y reconoció haber fechado y firmado voluntariamente este escrito o haber dado instrucciones para que se fechara y firmara según se muestra en la parte de arriba.

Firmado este día \_\_de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
(firma del notario público o de la persona autorizada para tomar juramento)

Fecha en que expira la comisión: \_\_\_\_\_

*Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org*

FIRME Y FECHÉ  
EL DOCUMENTO  
Y ESCRIBA SU  
NOMBRE Y  
DOMICILIO EN  
LETRA DE  
IMPRESA

PARA QUE SEA  
VÁLIDO,

SUS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
FECHAR AQUÍ Y  
ESCRIBIR SUS  
DOMICILIOS Y  
NOMBRES EN  
LETRA DE  
IMPRESA

O

UN NOTARIO  
PÚBLICO DEBE  
LLENAR ESTA  
SECCIÓN

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