

MAINE

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de 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 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:

- Indicaciones 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 MAINE

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Maine**, 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. Puede completar cualquiera o todas las primeras cuatro partes, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte 5.**

La **Parte 1** es un **Poder notarial para la atención médica**. Este apartado le permite nombrar a alguien (un agente) para que tome decisiones sobre su atención médica.

La **Parte 2** incluye sus **Instrucciones individuales**. Esta es su testamento en vida del estado. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo, incluidas las opciones para el final de la vida.

La **Parte 3** le permite expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos.

La **Parte 4** de este formulario le permite nombrar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

La **Parte 5** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

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

Debe firmar y fechar sus instrucciones anticipadas o pedirle a alguien que lo haga por usted si no puede firmarlas usted mismo. Debe firmar en presencia de dos testigos.

Nota: No es necesario notarizar las instrucciones anticipadas ante un notario público.

¿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.

A menos que esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción, su agente no puede ser propietario, operador o empleado de una institución de atención médica residencial a largo plazo donde reciba atención.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. Un agente suplente puede intervenir si las personas que usted nombra como agentes no pueden, no quieren o no están disponibles 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?

El **Poder notarial para la atención médica** entra en vigor cuando su médico determina que ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

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 Maine relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Con excepción del nombramiento de su agente, usted puede revocar cualquier parte o todas sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera que comunique su intención de revocarla. Esto podría ser diciéndole a su agente o médico que usted las revoca, firmando una revocación, o simplemente rompiendo sus instrucciones anticipadas.

Para revocar el nombramiento de su agente, debe informar a su proveedor de atención médica supervisor sobre su intención de revocar el nombramiento de su agente en un escrito firmado. Si ejecuta nuevas instrucciones anticipadas, estas revocarán las anteriores, en caso de presentarse algún conflicto entre ambos documentos.

A menos que especifique lo contrario en la Parte 2, si nombra a su cónyuge como su agente, ese nombramiento se revocará automáticamente en caso de divorcio, separación legal, anulación o disolución de su matrimonio.

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 PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 1 DE 9

EXPLICACIÓN

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene derecho a nombrar a alguien más para que tome decisiones de atención médica por usted. Este formulario le permite hacer cualquiera de estas cosas o ambas. También le permite expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos y a nombrar a su médico principal. Si utiliza este formulario, puede completar o modificar todo o parte del mismo. Usted es libre de usar un formulario diferente.

La **Parte 1** de este formulario es un **Poder notarial para la atención médica**. La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como agente para que tome decisiones de atención médica en su nombre, en caso de que sea incapaz de tomar sus propias decisiones, o si desea que otra persona tome esas decisiones por usted ahora, aunque todavía pueda hacerlo. También puede nombrar a un agente suplente para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta no es capaz o no está razonablemente disponible para tomar decisiones por usted. A menos que esté relacionado con usted, su agente no puede ser el propietario, operador o empleado de una institución de atención médica residencial a largo plazo en la que la que usted recibe atención.

A menos que el formulario que firme limite la potestad de su agente, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica en su nombre. Este formulario tiene un espacio en el cual usted puede limitar la potestad de su agente. No es necesario que limite la potestad de su agente si desea confiar en él o ella para todas las decisiones de atención médica que deban tomarse. Si elige no limitar la potestad de su agente, su agente tendrá derecho a:

- A) aceptar o rechazar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de alguna manera una afección física o mental;
- B) elegir o descartar a proveedores e instituciones de atención médica;
- C) aprobar o desaprobar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, programas de medicación y órdenes de no reanimación; y
- D) ordenar el suministro, la retención o el retiro de la nutrición e hidratación artificiales y todas las demás formas de atención médica, incluido el tratamiento de soporte vital.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 2 DE 9

La **Parte 2** de este formulario le permite dar **instrucciones** específicas sobre cualquier aspecto de su atención médica. Se ofrecen opciones para que usted exprese sus deseos con respecto al suministro, la retención o el retiro del tratamiento para mantenerle con vida, incluido el suministro de nutrición e hidratación artificiales, así como el suministro de medicamentos para el alivio del dolor. También se le proporciona un espacio para que agregue las elecciones que ha tomado o para que escriba cualquier otro deseo adicional.

La **Parte 3** de este formulario le permite expresar la intención de donar sus órganos y tejidos corporales después de su muerte.

La **Parte 4** de este formulario le permite nombrar a un médico para que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

La **Parte 5** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Después de completar este formulario, firme y feche al final. Debe pedir que otras 2 personas firmen como testigos. Entregue una copia del formulario firmado y completado a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pueda tener, a cualquier institución de atención médica en la que esté recibiendo cuidados y a cualquier agente de atención médica que haya nombrado. Debe hablar con la persona que nombró como agente para asegurarse de que comprenda sus deseos y esté dispuesta a asumir la responsabilidad.

Tiene derecho a revocar estas instrucciones anticipadas de atención médica o reemplazar este formulario en cualquier momento.

EXPLICACIÓN
(CONTINUACIÓN)

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 3 DE 9**

PARTE 1

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRESA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE
PRINCIPAL.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRESA EL
NOMBRE, LA
DIRECCIÓN Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
PRIMER AGENTE
SUPLENTE.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRESA EL
NOMBRE, LA
DIRECCIÓN Y
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
SEGUNDO AGENTE
SUPLENTE.

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

Parte 1: PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

(1) NOMBRAMIENTO DEL AGENTE:

Yo, _____, nombro a la siguiente persona
como mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

(nombre del agente)

(dirección)

(ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular)

(teléfono del trabajo)

Si revoco la potestad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no puede o
no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención médica por
mí, nombro como mi agente suplente a:

(nombre del primer agente suplente)

(dirección)

(ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular)

(teléfono del trabajo)

Si revoco la potestad de mi agente y de mi primer agente suplente, o si ninguno
está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar
decisiones de atención médica por mí, nombro como mi segundo agente
suplente a:

(nombre del segundo agente suplente)

(dirección)

(ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono particular)

(teléfono del trabajo)

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 4 DE 9**

AGREGUE
INSTRUCCIONES
AQUÍ SOLO SI
DESEA LIMITAR EL
PODER DE SU
AGENTE.

TACHE Y ESCRIBA
SUS INICIALES EN
CUALQUIER
DECLARACIÓN
DENTRO DE LOS
SIGUIENTES
PÁRRAFOS QUE NO
REFLEJEN SUS
DESEOS.

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
CASILLA DEL
PÁRRAFO (4) SOLO
SI DESEA QUE LA
POTESTAD DE SU
AGENTE ENTRE EN
VIGOR DE
INMEDIATO.

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

(2) **POTESTAD DEL AGENTE:** Mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones de proporcionar, retener o retirar la nutrición e hidratación artificiales, y todas las otras formas de atención médica para mantenerme con vida, **excepto** como lo declaro aquí:

(3) **OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí con base en este poder notarial para la atención médica, cualquier instrucción que dé en la Parte 2 de este formulario, y mis otros deseos en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente tomará decisiones de atención médica por mí de acuerdo con lo que determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que los conozca.

(4) **CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA POTESTAD DE MI AGENTE:** La potestad de mi agente entra en vigor cuando mi médico principal determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que marque la siguiente casilla. Si marco esta casilla [], la potestad de mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entrará en vigor de inmediato.

(5) **NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR:** Si un tribunal debe nombrar un tutor de mi persona, yo nombro al agente que mencionado en este formulario. Si ese agente no está dispuesto o no está razonablemente disponible para actuar como tutor, nombro a los agentes suplentes en el orden indicado.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 5 DE 9**

PARTE 2

ESCRIBA SUS INICIALES EN EL PÁRRAFO QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO A LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL. (ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA).

ESCRIBA SUS INICIALES EN SUS PREFERENCIAS CON RESPECTO A LA NUTRICIÓN Y LA HIDRATACIÓN ARTIFICIALES. (ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA).

AGREGUE INSTRUCCIONES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR LOS CUIDADOS DE ALIVIO O DE CONTROL DEL DOLOR.

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

Parte 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

(6) **DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA:** Deseo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado brinden, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la opción que marqué a continuación:

_____ **Elijo NO prolongar mi vida:** No deseo que se prolongue mi vida si (i) padezco una afección incurable o irreversible que resultará en la muerte en un plazo relativamente corto, (ii) si pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré el conocimiento, o (iii) si los probables riesgos y cargas del tratamiento superan los beneficios esperados;

O

_____ **Elijo prolongar mi vida:** Quiero que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible, dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

(7) **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES:** También especifico que bajo las condiciones mencionadas en el párrafo anterior:

_____ **No** deseo que se me suministre nutrición e hidratación artificiales para prolongar mi vida.

_____ **Sí** deseo que se me suministre nutrición e hidratación artificiales para prolongar mi vida.

(8) **ALIVIO DEL DOLOR O INCOMODIDAD:** Excepto como lo declaro en el siguiente espacio, deseo que se me brinde en todo momento tratamiento para aliviar el dolor o la incomodidad, incluso si acelera mi muerte.

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 6 DE 9**

(9) OTRAS INSTRUCCIONES O DESEOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA:

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.

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

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 7 DE 9**

PARTE 3

DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN LA
DECLARACIÓN QUE
REFLEJE SUS
DESEOS SOBRE LA
DONACIÓN DE
ÓRGANOS (ESCRIBA
SUS INICIALES
SOLO EN UNA).

TACHE CUALQUIERA
CON LA QUE NO
ESTÉ DE ACUERDO.

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

Parte 3: DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA MUERTE

(10) Tras mi muerte: (Escriba sus iniciales en la casilla correspondiente).

____(a) No dono ninguno de mis órganos, tejidos o partes, y no deseo que mi agente, tutor o familia haga una donación en mi nombre.

____(b) Dono cualquier órgano, tejido o partes necesarias.

O

____(b) Dono los siguientes órganos, tejidos o partes necesarias solo si:

Mi donación es para los siguientes propósitos:
(Tache cualquiera de las siguientes opciones que no desee).

- (1) Trasplante
- (2) Terapia
- (3) Investigación
- (4) Educación

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 8 DE 9**

PARTE 4

NOMBRAMIENTO
DEL MÉDICO
PRINCIPAL
(OPCIONAL)

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
MÉDICO
PRINCIPAL.

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
MÉDICO
PRINCIPAL
SUPLENTE.

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

Parte 4: NOMBRAMIENTO DEL MÉDICO PRINCIPAL

(11) Nombro al siguiente médico como mi médico principal:

(nombre del médico)

(dirección)

(ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono)

Si el médico designado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico principal, designo al siguiente médico como mi médico principal:

(nombre del médico)

(dirección)

(ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono)

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN
MÉDICA DE MAINE - PÁGINA 9 DE 9**

Parte 5: CUMPLIMIENTO

Firme y feche el formulario aquí:

(firma) (fecha)

(nombre)

(dirección)

TESTIGOS

Testigo 1:

(firma) (fecha)

(nombre)

(dirección)

Testigo 2:

(firma) (fecha)

(nombre)

(dirección)

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

PARTE 5

FIRME EL DOCUMENTO, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA FECHA, SU NOMBRE Y SU DIRECCIÓN.

DOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO, Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

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