

MARYLAND

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), 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 o, si tiene menos de 18 años, está casado o es padre de un hijo.

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.
6. Maryland tiene un contrato con un servicio comercial para el registro de instrucciones anticipadas del estado. Al preparar y almacenar sus instrucciones anticipadas en línea o al presentar sus instrucciones anticipadas en el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán encontrar una copia de sus instrucciones anticipadas en caso de que usted no pueda proporcionarlas. Puede leer más sobre el registro, incluidas las instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en <https://www.mydirective.com>.

INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE MARYLAND

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Maryland**, 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. También se incluye en un formulario **"Después de mi muerte"**, un documento que le permite registrar sus decisiones con respecto a la donación de órganos y la disposición final de sus restos.

Sus instrucciones anticipadas para Maryland constan de tres partes. La **Parte 1, Selección del agente de atención médica**, le permite nombrar a alguien (un agente) para que tome decisiones sobre su atención médica. La **Parte II** incluye sus **Preferencias de tratamiento**. 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. La Parte II tiene opciones específicas establecidas para usted en caso de que tenga una afección terminal, se encuentre en un estado vegetativo persistente (inconsciencia permanente) o desarrolle una afección en etapa final. En su defecto, puede proporcionar sus propias instrucciones. Además, el formulario le permite elegir si su agente tendrá flexibilidad en la implementación de sus decisiones o si deberá llevar a cabo sus instrucciones exactamente como usted las establece. La **Parte III** contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada, puede completar la Parte I, la Parte II o ambas. Sin embargo, **debe completar la Parte III**.

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

Debe firmar y fechar sus instrucciones anticipadas o pedir a una persona mayor de edad que lo haga por usted si no puede firmarlas usted mismo en presencia de dos testigos, quienes también deben firmar y fechar el documento.

Su agente no puede ser un testigo. Además, al menos uno de sus testigos debe ser alguien que sabe que no heredará nada de su propiedad ni se beneficiará con su muerte.

Usted debe firmar y fechar su formulario **"Después de mi muerte"** en presencia de dos testigos, quienes también deben firmar y fechar el documento.

¿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.

No puede nombrar como agente a:

- el propietario, un operador o empleado de su centro de atención médica
- el cónyuge, padre, madre, hijo o hermano de cualquiera de las personas afiliadas a los centros de atención médica antes mencionados
- alguien contra quien usted tiene una medida cautelar
- alguien de quien usted está actualmente separado o en proceso de divorcio

Sin embargo, puede nombrar a una persona a quien de otra manera se le prohibiría ser su agente, si esa persona es su tutor, cónyuge, pareja doméstica, hijo mayor de edad, padre, madre, hermano u otro pariente o amigo cercano que podría ser nombrado como su suplente en caso de que usted no designe a un agente.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como sus agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá 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?

La **Parte 1, Selección del agente de atención médica**, entra en vigor ya sea de inmediato o cuando su médico determine que ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica, dependiendo de cómo complete el formulario. Incluso si la potestad de su agente entra en vigor de inmediato, usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos. La **Parte II, Preferencias de tratamiento**, entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

Limitaciones del agente

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Maryland relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Si decide cancelar sus instrucciones anticipadas para Maryland, puede hacerlo en cualquier momento al:

- emitir una revocación escrita o electrónica firmada y fechada,
- destruir o deshacer el documento,
- informar de forma verbal a su médico sobre su revocación, o
- ejecutar otras instrucciones anticipadas para Maryland

Usted deberá notificar a su agente, médico y cualquier persona que tenga una fotocopia de sus instrucciones anticipadas que las ha revocado.

Puede renunciar expresamente a su derecho a cancelar sus instrucciones anticipadas para Maryland, incluido el nombramiento de un agente, durante un periodo en el que se le haya certificado como incapaz de tomar una decisión informada.

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 MARYLAND - PÁGINA 1 DE 13

Instrucciones anticipadas para Maryland:

Planificación de futuras decisiones de atención médica

Por: _____
(nombre en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento: _____
(mes/día/año)

El uso de este formulario de instrucciones anticipadas para la planificación de la atención médica es completamente opcional. Otros formularios también son válidos en Maryland. No importa qué formulario utilice, hable con su familia y otras personas cercanas sobre sus deseos.

Este formulario consta de dos partes para expresar sus deseos y una tercera parte para las firmas necesarias. La Parte I de este formulario le permite responder a esta pregunta: Si no puede (o no quiere) tomar sus propias decisiones de atención médica, ¿quién desea que las tome por usted? A la persona que elija se le llama su agente de atención médica. Asegúrese de hablar con su agente de atención médica (y cualquier agente suplente) sobre esta importante función. La Parte II le permite escribir sus preferencias con respecto a los esfuerzos para prolongar su vida en tres situaciones: afección terminal, estado vegetativo persistente y afección en etapa final. Además de las decisiones de planificación de la atención médica, puede optar por convertirse en donante de órganos después de su muerte, completando también el formulario.

Puede completar las Partes I y II de este formulario, o solo la Parte I, o solo la Parte II. Use el formulario para reflejar sus deseos, después, firme frente a dos testigos (Parte III). Si cambia sus deseos, haga nuevas instrucciones anticipadas.

Asegúrese de entregar una copia del formulario completado a su agente de atención médica, a su médico y a otras personas que podrían necesitarlo. Guarde una copia en casa, en un lugar donde alguien pueda acceder a ellas si es necesario. Revise periódicamente lo que ha escrito.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA SU
NOMBRE Y LA
FECHA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 2 DE 13

PARTE I: SELECCIÓN DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

A. Selección del agente principal

Selecciono a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

B. Selección de los agentes suplentes

(opcional; formulario válido si se deja en blanco)

1. Si mi agente principal no pudiera contactarse a tiempo, o por algún motivo no estuviera disponible o dispuesto, o fuera incapaz de actuar como mi agente, entonces, selecciono a la siguiente persona para que desempeñe esta función:

Nombre: _____ Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

2. Si mi agente principal y mi primer agente suplente no pudieran contactarse a tiempo, o por algún motivo no estuvieran disponibles o dispuestos, o fueran incapaces de actuar como mis agentes, entonces, selecciono a la siguiente persona para que desempeñe esta función:

Nombre: _____ Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y

NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU AGENTE PRINCIPAL.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU PRIMER AGENTE SUPLENTE.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU SEGUNDO AGENTE SUPLENTE.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 3 DE 13

C. Poderes y derechos del agente de atención médica

Deseo que mi agente tenga plenos poderes para tomar decisiones de atención médica en mi nombre, incluida la facultad de:

1. dar o no su consentimiento a los procedimientos y tratamientos médicos que ofrezcan mis médicos, incluido aquello cuyo objetivo sea mantenerme con vida, como ventiladores y tubos de alimentación;
2. decidir quién debe ser mi médico y otros proveedores de atención médica; y
3. decidir dónde debo recibir tratamiento, incluso si debo estar en un hospital, hogar de ancianos, otro centro de atención médica o programa de cuidados de hospicio.

También deseo que mi agente:

1. viaje conmigo en la ambulancia si alguna vez necesitara que me lleven al hospital; y
2. pueda visitarme si estoy en un hospital o en cualquier otro centro de atención médica.

Estas instrucciones anticipadas no responsabilizan a mi agente de ninguno de los costos de mi atención médica.

Este poder está sujeto a las siguientes condiciones o limitaciones:

(Opcional, el formulario es válido si se deja en blanco)

ESCRIBA AQUÍ EN
LETRA DE
IMPRESA LAS
INSTRUCCIONES
SOLO SI DESEA
LIMITAR LOS
PODERES DE SU
AGENTE.

© 2005 National
Alliance for Care
at Home.
Revisado en
2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 5 DE 13

F. En caso de embarazo

(Opcional, solo para mujeres en edad fértil; formulario válido si se deja en blanco). Si estoy embarazada, mi agente debe seguir estas instrucciones específicas:

G. Acceso a la Información de mi salud: Autorización de la Ley Federal de Privacidad (HIPAA)

1. Si, antes del momento en que la persona elegida como mi agente tenga el poder para actuar en virtud de este documento, mi médico quisiera hablar con esa persona sobre mi capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica, autorizo a mi médico a divulgar información médica protegida relacionada con ese tema.

2. Una vez que mi agente tenga plenos poderes para actuar en virtud de este documento, mi agente puede solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita sobre mi salud física o mental, incluidos, entre otros, expedientes médicos y hospitalarios, y otra información de salud protegida, y consentir la divulgación de esta información.

3. Para todos los fines relacionados con este documento, mi agente es mi representante personal, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Mi agente puede firmar, como mi representante personal, cualquier formulario de divulgación u otro material relacionado con la HIPAA.

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA
CUALQUIER
INSTRUCCIÓN EN
CASO DE QUE
ESTÉ
EMBARAZADA

Y SE DEBA TOMAR
UNA DECISIÓN.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 6 DE 13

H. Entrada en vigor de esta Parte

(Lea ambas declaraciones con atención. Luego, escriba sus iniciales solo en una). El poder de mi agente entra en vigor:

_____ 1. Inmediatamente después de firmar este documento, sujeto a mi derecho a tomar cualquier decisión sobre mi atención médica si quiero y soy capaz de hacerlo.

((o))

_____ 2. Siempre que no pueda tomar decisiones informadas sobre mi atención médica, ya sea porque el médico a cargo de mi atención (médico tratante) decida que he perdido esta capacidad de manera temporal, o mi médico tratante y un médico asesor acuerden que he perdido esta capacidad de forma permanente.

I. Renuncia al derecho a revocar el nombramiento del agente

(Lea este apartado con atención. Luego, escriba sus iniciales solo si desea renunciar a su derecho a revocar el nombramiento de su agente al momento en que se certifique su incapacidad).

_____ Deseo renunciar a mi capacidad de revocar el nombramiento de mi agente durante el periodo en el que el médico a cargo de mi atención (médico tratante) y un segundo médico certifiquen por escrito que soy incapaz de tomar una decisión informada. En caso de que esté inconsciente o sea incapaz de comunicarme por cualquier medio, no se requiere la certificación de un segundo médico.

Si lo único que desea hacer es designar a un agente de atención médica, omita la Parte II. Vaya a la Parte III para firmar ante testigos las instrucciones anticipadas. Si también desea escribir acerca de sus preferencias de tratamiento, use la Parte II. También contemple la posibilidad de convertirse en un donante de órganos, utilizando el formulario por separado "Después de mi muerte".

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO SI
DESEA RENUNCIAR
A SU DERECHO A
REVOCAR EL
NOMBRAMIENTO
DE SU AGENTE EN

CASO QUE SEA
INCAPAZ DE
TOMAR UNA
DECISIÓN
INFORMADA.

© 2005 National
Alliance for Care at
Home. Revisado en
2023.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 7 DE 13

PARTE II: PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO (“TESTAMENTO EN VIDA”)

A. Declaración de objetivos y

valores (opcional; formulario válido

si se deja en blanco)

Quiero decir algo sobre mis objetivos y valores, en especial lo que es más importante para mí durante la última parte de mi vida:

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

B. Preferencia en caso de una afección terminal

(Si desea declarar su preferencia, escriba sus iniciales solo en una. Si no desea declarar una preferencia aquí, tache toda la sección).

_____ 1. Manténgame cómodo y permitan que muera naturalmente. No quiero que se recurra a ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. No quiero recibir nutrición ni líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____ 2. Manténgame cómodo y permitan que muera naturalmente. No quiero que se recurra a intervenciones médicas para tratar de prolongar mi vida. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____ 3. Intenten prolongar mi vida el mayor tiempo posible, utilizando todas las intervenciones disponibles que, de acuerdo con un criterio médico razonable, evitarían o retrasarían mi muerte. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

UTILICE ESTE ESPACIO PARA HABLAR DE LOS OBJETIVOS Y VALORES DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA Y ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

ESCRIBA SUS INICIALES EN SU PREFERENCIA EN CASO DE QUE PADEZCA UNA AFECCIÓN TERMINAL.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN DE SU PREFERENCIA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 8 DE 13

C. Preferencia en caso de estado vegetativo persistente

(Si desea declarar su preferencia, escriba sus iniciales solo en una. Si no desea declarar una preferencia aquí, tache toda la sección).

Si mis médicos certifican que estoy en estado vegetativo persistente, es decir, si no estoy consciente y no sé de mí mismo o de mi entorno, o no soy capaz de interactuar con los demás, y no hay ninguna expectativa razonable de que alguna vez recuperaré la conciencia:

_____ 1. Manténgame cómodo y permitan que muera naturalmente. No quiero que se recurra a ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. No quiero recibir nutrición ni líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____ 2. Manténgame cómodo y permitan que muera naturalmente. No quiero que se recurra a intervenciones médicas para tratar de prolongar mi vida. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____ 3. Intenten prolongar mi vida el mayor tiempo posible, utilizando todas las intervenciones disponibles que, de acuerdo con un criterio médico razonable, evitarían o retrasarían mi muerte. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

ESCRIBA SUS
INICIALES EN SU
PREFERENCIA EN
CASO DE QUE SE
ENCUENTRE EN UN
ESTADO
VEGETATIVO
PERSISTENTE.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN DE SU
PREFERENCIA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 9 DE 13

D. Preferencia en caso de afección en etapa final

(Si desea declarar su preferencia, escriba sus iniciales solo en una. Si no desea declarar una preferencia aquí, tache toda la sección).

Si mis médicos certifican que tengo una afección en etapa final, es decir, una afección incurable que se prolongará hasta mi muerte y que ya ha provocado la pérdida de mis capacidades y una total dependencia física:

_____ 1. Manténganme cómodo y permitan que muera naturalmente. No quiero que se recurra a ninguna intervención médica para tratar de prolongar mi vida. No quiero recibir nutrición ni líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____ 2. Manténganme cómodo y permitan que muera naturalmente. No quiero que se recurra a intervenciones médicas para tratar de prolongar mi vida. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

((o))

_____ 3. Intenten prolongar mi vida el mayor tiempo posible, utilizando todas las intervenciones disponibles que, de acuerdo con un criterio médico razonable, evitarían o retrasarían mi muerte. Si no pudiera alimentarme lo suficiente por vía oral, quiero recibir nutrición y líquidos por sonda u otros medios médicos.

ESCRIBA SUS
INICIALES EN SU
PREFERENCIA EN
CASO DE QUE
DESARROLLE UNA
AFECCIÓN EN
ETAPA FINAL.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN DE SU
PREFERENCIA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 11 DE 13

F. Alivio del dolor

Independientemente de mi estado, denme el medicamento u otro tratamiento necesario para aliviar el dolor.

G. En caso de embarazo

(Opcional, solo para mujeres en edad fértil; formulario válido si se deja en blanco).

Si estoy embarazada, mi decisión sobre los procedimientos para el soporte vital se modificará de la siguiente manera:

H. Entrada en vigor de las preferencias declaradas

(Lea ambas declaraciones con atención. Luego, escriba sus iniciales solo en una).

_____ 1. Me doy cuenta de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda decidir por mí mismo. Mis preferencias declaradas tienen el objetivo de guiar a quien tome decisiones en mi nombre y a mis proveedores de atención médica, pero les autorizo a ser flexibles en la aplicación de estas declaraciones si consideran que hacerlo sería en mi mejor interés.

((o))

_____ 2. Me doy cuenta de que no puedo prever todo lo que podría suceder después de que ya no pueda decidir por mí mismo. Aun así, quiero que quien tome decisiones en mi nombre y mis proveedores de atención médica procedan de acuerdo con mis preferencias declaradas, exactamente como están escritas, incluso si piensan que alguna otra opción es mejor.

AGREGUE INSTRUCCIONES AQUÍ SI DESEA UN TRATAMIENTO DIFERENTE EN CASO DE QUE ESTÉ EMBARAZADA.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN, DEPENDIENDO DE LA PRECISIÓN CON LA QUE

DESEE QUE SE SIGAN SUS PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 12 DE 13

I. Renuncia al derecho a revocar las preferencias de tratamiento (“Testamento en vida”)

(Lea este apartado con atención. Luego, escriba sus iniciales solo si desea renunciar a su derecho a revocar sus preferencias de tratamiento declaradas al momento en que se certifique su incapacidad).

Deseo renunciar a mi capacidad de revocar mis preferencias de tratamiento declaradas (“Testamento en vida”) durante el periodo en el que el médico a cargo de mi atención (médico tratante) y un segundo médico certifiquen por escrito que soy incapaz de tomar una decisión informada. En caso de que esté inconsciente o sea incapaz de comunicarme por cualquier medio, no se requiere la certificación de un segundo médico.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO SI
DESEA

RENUNCIAR A SU
DERECHO A
REVOCAR SUS
PREFERENCIAS DE
TRATAMIENTO EN
CASO DE QUE SEA
INCAPAZ DE TOMAR
UNA DECISIÓN
INFORMADA.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE MARYLAND - PÁGINA 13 DE 13

PARTE III: FIRMA Y TESTIGOS

Al firmar a continuación como el declarante, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado para hacer estas instrucciones anticipadas y entiendo su propósito y efecto. También entiendo que este documento reemplaza cualquier otro documento de instrucciones anticipadas similar que haya completado antes de esta fecha.

FIRME Y FECHÉ EL DOCUMENTO.

(firma del declarante) (fecha)

El declarante firmó o reconoció firmar este documento en mi presencia y, con base en la observación personal, parece estar emocional y mentalmente capacitado para hacer estas instrucciones anticipadas.

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR SUS NÚMEROS DE TELÉFONO AQUÍ.

(firma del testigo) (fecha)

Números de teléfono: _____

(firma del testigo) (fecha)

Números de teléfono: _____

(Nota: Ninguna persona elegida como agente de atención médica en la Parte I podrá ser testigo. Además, al menos uno de sus testigos debe ser alguien que sabe que no heredará nada de la propiedad del declarante ni se beneficiará con su muerte. La ley de Maryland no establece que este documento sea notariado).

UN TESTIGO NO DEBE HEREDAR NADA DE USTED NI BENEFICIARSE A SABIENDAS DE NINGUNA MANERA CON SU MUERTE.

FORMULARIO "DESPUÉS DE MI MUERTE" DE MARYLAND - PÁGINA 1 DE 3

DESPUÉS DE MI MUERTE

(Este formulario es opcional. Complete solo lo que refleje sus deseos).

Por: _____
(nombre en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento: _____
(mes/día/año)

PARTE I: DONACIÓN DE ÓRGANOS

(Escriba sus iniciales en las opciones

que desea). Tras mi muerte, deseo

donar:

_____ Cualquier órgano, tejido u ojos si son necesarios.

_____ Solo los siguientes órganos, tejidos u ojos:

Autorizo el uso de mis órganos, tejidos u ojos para fines de:

_____ Investigación y educación

_____ Trasplante y terapia

Entiendo que no se puede extirpar ningún órgano, tejido u ojo vital para trasplantes hasta después de que haya sido declarado muerto según los estándares legales. Este documento no tiene la intención de cambiar nada sobre mi atención médica mientras todavía esté vivo. Después de mi muerte, autorizo cualquier medida de apoyo apropiada para mantener la viabilidad del trasplante de mis órganos, tejidos y ojos hasta que se haya completado la recuperación de órganos, tejidos y ojos. Entiendo que no se cobrará de mi patrimonio ningún costo relacionado con esta donación.

PARTE II: DONACIÓN DE CUERPO

_____ Después de cualquier donación de órganos indicada en la Parte I, deseo que mi cuerpo sea donado para su uso en un programa de estudio médico.

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA.

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
TODAS LAS
OPCIONES QUE
CORRESPONDAN.

ESCRIBA SUS
INICIALES AQUÍ SI
DESEA QUE SU
CUERPO SEA
DONADO PARA
ESTUDIOS
MÉDICOS.

FORMULARIO "DESPUÉS DE MI MUERTE" DE MARYLAND - PÁGINA 2 DE 3

PARTE III: DISPOSICIÓN DEL CUERPO Y ARREGLOS FUNERARIOS

Quiero que la siguiente persona tome decisiones sobre la disposición de mi cuerpo y mis arreglos funerarios:

(Escriba sus iniciales en la primera opción o complete la segunda).

_____ El agente de atención médica que nombré en mis instrucciones anticipadas.

((o))

_____ Esta persona:

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____
(casa y celular)

Si escribo mis deseos a continuación, deben seguirse. De lo contrario, la persona que nombré deberá decidir con base en las conversaciones que hemos tenido, mis creencias y valores religiosos u otros, mi personalidad y cómo reaccioné a los arreglos funerarios de otras personas. Mis deseos sobre la disposición de mi cuerpo y mis arreglos funerarios son:

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE

LA PERSONA QUE DESEA QUE TOME DECISIONES CON RESPECTO A LA DISPOSICIÓN DE SU CUERPO.

ESCRIBA AQUÍ EN LETRA DE IMPRENTA LAS INSTRUCCIONES ADICIONALES, SI LAS HAY.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

FORMULARIO "DESPUÉS DE MI MUERTE" DE MARYLAND - PÁGINA 3 DE 3

PARTE IV: FIRMA Y TESTIGOS

Al firmar a continuación, indico que estoy emocional y mentalmente capacitado para hacer esta donación, y entiendo el propósito y efecto de este documento.

_____ (firma del donante) _____ (fecha)

El donante firmó o reconoció firmar este documento de donación en mi presencia y, con base en la observación personal, parece estar emocional y mentalmente capacitado para hacer esta donación.

_____ (firma del testigo) _____ (fecha)

Números de teléfono _____

_____ (firma del testigo) _____ (fecha)

Números de teléfono _____

FIRME Y FECHÉ
EL DOCUMENTO
AQUÍ.

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR,
FECHAR Y ESCRIBIR
EN LETRA DE
IMPRESA SUS
NÚMEROS DE
TELÉFONO AQUÍ.

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

© 2005 National
Alliance for Care
at Home.
Revisado en
2023.