MASSACHUSETTS

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la 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 que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia en 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 todas las instrucciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos para su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones del lado izquierdo.

ANTES DE COMENZAR

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en los 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 MASSACHUSETTS

Este paquete contiene un documento legal que protege su derecho a rechazar tratamiento médico que no desea, o a solicitar tratamiento que sí desea, mediante la asignación de un agente que actúa en su nombre en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo. Massachusetts no cuenta con una ley que regule el uso de testamentos en vida, por lo que no existe un testamento en vida para el estado de Massachusetts.

El documento **Apoderado de atención médica para Massachusetts** le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre mantenimiento de la vida, si usted ya no puede hablar por sí mismo.

Después del documento Apoderado de atención médica para Massachusetts se encuentra un formulario de donación de órganos opcional que le permite hacer una donación anatómica de sus órganos para trasplante, terapia, investigación médica o educación tras su fallecimiento. Si no da instrucciones en relación con la disposición de sus órganos tras su fallecimiento, su familia o su agente tendrán la potestad para hacerlo en su nombre.

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

La ley exige que usted firme su documento, o dé instrucciones a otra persona para que lo firme, en presencia de dos testigos adultos, que también deben firmar el documento para demostrar que le creen que tiene al menos dieciocho años de edad, está en su sano juicio, y no se encuentra bajo coacción o influencia indebida. La persona que nombre como su agente no podrá actuar como testigo.

Nota: No es necesario que certifique ante notario su documento Apoderado de atención médica para Massachusetts.

¿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 un 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.

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?

El documento **Apoderado de atención médica para Massachusetts** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus 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 Massachusetts en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede revocar su documento Apoderado de atención médica en cualquier momento al:

- notificar a su agente o médico verbalmente o por escrito;
- realizar cualquier acción, como romper o destruir el documento, que indique su intención específica de revocar a su Apoderado, o
- realizar otro documento Apoderado de atención médica.

Si designó a su cónyuge como su agente, y su matrimonio termina, su documento Apoderado de atención médica se revocará automáticamente.

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?

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.

**APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA
MASSACHUSETTS: PÁGINA 1 DE 4**

NOMBRAMIENTO DEL AGENTE

(1) Yo, _____, por el presente

nombro a _____

(nombre, domicilio particular y número de teléfono del
apoderado)

como mi agente de atención médica para que tome todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica por mí, excepto en la medida en que yo indique lo contrario a continuación.

El presente documento Apoderado de atención médica entrará en vigor en caso de que mi médico tratante haga una evaluación que indique que carezco de la capacidad para tomar o comunicar mis propias decisiones sobre la atención médica. Mi médico tratante hará dicha evaluación por escrito, e incluirá su opinión sobre la causa y naturaleza de mi incapacidad, así como su alcance y posible duración.

(2) Nombre del agente suplente en caso de que la persona que nombro arriba no sea capaz, no esté dispuesta o no esté a su alcance actuar como mi agente de atención médica (opcional):

(nombre, domicilio particular y número de teléfono del agente
suplente)

(3) Doy instrucciones a mi agente para que tome las decisiones sobre la atención médica de acuerdo a mis deseos y limitaciones, como se indican a continuación, o según su conocimiento. Si se desconocen mis deseos, doy instrucciones a mi agente para que tome las decisiones sobre la atención médica que considere más convenientes para mí.

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE IMPRENTA

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

(OPCIONAL)
ESCRIBA EL
NOMBRE,
DOMICILIO
PARTICULAR Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
AGENTE SUPLENTE
EN LETRA DE IMPRENTA

**APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA
MASSACHUSETTS: PÁGINA 4 DE 4**

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

APLICACIÓN

(5) Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Domicilio: _____

Declaración de los testigos

Declaro que la persona que firmó el presente documento parece tener al menos dieciocho años de edad, estar en pleno uso de sus facultades mentales y no encontrarse bajo coacción o influencia indebida. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia. No soy la persona designada como agente o agente suplente en el presente documento.

Firma del testigo 1: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

Firma del testigo 2: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR Y
ESCRIBIR SUS
DOMICILIOS EN
LETRA DE
IMPRESA