

MICHIGAN

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:

- 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.

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 MICHIGAN

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Michigan**, 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.

Sus instrucciones anticipadas para Michigan constan de dos partes. El **Nombramiento del defensor del paciente de Michigan** le permite nombrar a alguien para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre el soporte vital, el tratamiento para la salud mental y donaciones anatómicas, si ya no puede expresarse por sí mismo. El Nombramiento del defensor del paciente es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones de tratamiento para la atención médica, no solo al final de la vida. Después del formulario de Nombramiento del defensor del paciente, hay un formulario de **Donación de órganos**.

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

Debe firmar y fechar su formulario de **Nombramiento del defensor del paciente** o pedir a una persona mayor de edad que lo haga por usted si no puede firmarlas usted mismo en presencia de dos testigos adultos (mayores de 18 años de edad).

Sus dos testigos adultos **no pueden** ser:

- su cónyuge, padre, madre, hijo, hija, nieto, nieta, hermano o hermana,
- una persona que pueda heredar de su patrimonio,
- su médico o el defensor del paciente,
- un empleado de un centro de atención médica o de atención para la salud mental donde usted recibe tratamiento, o
- un empleado de un hogar para adultos mayores, si usted es un paciente de ese centro.

La ley establece que usted firme su formulario de **Donación de órganos** en presencia de dos

testigos mayores de edad. Al menos uno de los testigos debe ser una parte desinteresada, lo que significa que el testigo no tiene interés en su patrimonio o cualquier posible donación anatómica.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su defensor del paciente 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.

Puede nombrar a una segunda persona como su defensor suplente. Un defensor suplente intervendrá si la persona que usted nombra como defensor no puede, no quiere o no está disponible 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?

Los poderes de su defensor del paciente entran en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

Su formulario de Nombramiento del defensor del paciente será válido después de que usted y sus testigos lo firmen. Sin embargo, su defensor y defensor suplente del paciente (si lo hay) deben recibir una copia de su documento, así como fechar y firmar una aceptación de sus responsabilidades antes de tomar cualquier decisión en su nombre. En las páginas 5 y 6 se incluye un formulario de Aceptación de las instrucciones anticipadas de Michigan, en caso de que desee obtener ahora la aceptación de su defensor.

Limitaciones del defensor

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

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede revocar su nombramiento en cualquier momento y de cualquier manera,

independientemente de su capacidad para tomar decisiones médicas o de tratamiento de salud mental, siempre y cuando pueda comunicar su intención de revocar el nombramiento.

Debe asegurarse de que su médico y sus defensores del paciente reciban la notificación de la revocación para garantizar su validez.

Su nombramiento se revocará en automático si:

- Nombra a su cónyuge como su defensor del paciente y hay una disposición de un juez de una orden de pensión alimenticia, divorcio o anulación del matrimonio. El nombramiento de su defensor del paciente se suspenderá durante cualquier procedimiento legal que podría resultar en tal orden. El nombramiento de un defensor suplente del paciente, si nombró a uno, no se verá afectado al final de su matrimonio.
- Su defensor del paciente renuncia a sus responsabilidades.
- Usted muere, a menos que le haya otorgado a su defensor de pacientes la potestad para donar sus órganos en la página 3 del formulario.

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?

Michigan no reconoce actualmente un documento por separado como "testamento en vida". Sin embargo, puede indicar sus opciones para el final de la vida en su formulario de Nombramiento del defensor del paciente. Este formulario también le permite establecer sus deseos en cuanto a la atención médica y otras decisiones de planificación anticipada para ayudar a orientar al defensor del paciente y a otras personas que podrían tomar decisiones en su nombre cuando ya no pueda hacerlo usted mismo.

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.

**NOMBRAMIENTO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE DE MICHIGAN -
PÁGINA 1 DE 6**

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA SU
NOMBRE Y
DIRECCIÓN.

Yo, _____
(nombre)

(dirección)

estoy en pleno uso de mis facultades mentales y hago este nombramiento de
manera voluntaria.

Nombro a _____
(nombre del defensor principal del paciente)

quien reside en _____
(dirección)

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

como mi defensor del paciente para tomar decisiones de cuidado, custodia,
atención médica o de salud mental en mi nombre, en caso de que yo no pueda
participar en las decisiones de tratamiento médico. Mi médico tratante y otro
médico o psicólogo con licencia determinarán cuando yo ya no pueda participar
en las decisiones de tratamiento médico o de salud mental.

Si mi primera opción no puede, no quiere o no está razonablemente disponible
para actuar como mi defensor del paciente, entonces, nombro a:

(nombre del defensor suplente del paciente)

quien reside en _____
(dirección)

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

para que actúe como mi defensor del paciente.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE, LA
DIRECCIÓN Y LOS
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
DEFENSOR DEL
PACIENTE.

ESCRIBA EN LETRA
DE IMPRENTA EL
NOMBRE, LA
DIRECCIÓN Y LOS
NÚMEROS DE
TELÉFONO DE SU
DEFENSOR
SUPLENTE DEL
PACIENTE.

**NOMBRAMIENTO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE DE MICHIGAN -
PÁGINA 3 DE 6**

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN ESTA DECLARACIÓN SI NO AUTORIZA A SU DEFENSOR DEL PACIENTE A HACER UNA DONACIÓN ANATÓMICA.

ESCRIBA SUS INICIALES EN SUS ELECCIONES.

EN CUANTO A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS,

MENCIONE LAS LIMITACIONES O DESEOS

ESPECIALES, SI LOS HAY.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI CORRESPONDE, EN CUANTO A

SUS PLANES ANTICIPADOS PARA LA ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR MÁS A FONDO 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.

Con la esperanza de poder ayudar a otros, autorizo a mi defensor del paciente a hacer esta donación anatómica, si es médicamente aceptable, la cual entrará en vigor tras mi muerte, y para resolver cualquier conflicto entre los términos de este nombramiento y la administración de los medios necesarios para asegurar la idoneidad médica de mi donación anatómica. Las palabras y marcas a continuación indican mis deseos.

Tras mi muerte, deseo donar:

_____ Mi cuerpo para el estudio anatómico si es necesario.

_____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 trasplante

_____Para terapia

_____Para investigación

_____Para educación médica

_____Para cualquier propósito autorizado por la ley

Esta potestad otorgada a mi defensor del paciente para hacer una donación anatómica está limitada de la siguiente manera (mencione cualquier limitación o deseo especial aquí, si corresponde):

Además, deseo que:

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

**NOMBRAMIENTO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE DE MICHIGAN -
PÁGINA 4 DE 6**

Tras una cuidadosa consideración, firmo de manera voluntaria este nombramiento del defensor del paciente. Acepto su significado y acepto sus consecuencias.

Su firma: _____

Fecha: _____

(calle)

(ciudad, Michigan, código postal)

Declaración de testigos

Firmamos a continuación como testigos. Este nombramiento se firmó en nuestra presencia. El mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales, y hace este nombramiento de manera voluntaria, bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.

Testigo 1: _____
(firma)

Fecha: _____

(escriba en letra de imprenta el nombre completo)

(dirección)

Testigo 2: _____
(firma)

Fecha: _____

(escriba en letra de imprenta el nombre completo)

(dirección)

FIRME Y FECHÉ
SU DOCUMENTO
Y ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA SU
DIRECCIÓN.

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR Y
FECHAR AQUÍ, Y
ESCRIBIR EN
LETRA DE
IMPRESA SUS
NOMBRES Y
DIRECCIONES.

Aceptación por parte del defensor y del defensor suplente del paciente (si corresponde)

1. Este nombramiento del defensor del paciente no entrará en vigor, a menos que el paciente no pueda participar en las decisiones relacionadas con su salud médica o mental, según corresponda. Si este nombramiento del defensor del paciente incluye la potestad para hacer una donación anatómica, como se describe en la sección 5506, la potestad podrá seguir ejerciéndose tras la muerte del paciente.
2. Un defensor del paciente no ejercerá poderes relativos al cuidado, custodia y tratamiento médico o de salud mental del paciente que el paciente, si pudiera participar en la decisión, no hubiera ejercido en su propio nombre.
3. Este nombramiento del defensor del paciente no se puede usar para tomar una decisión de tratamiento médico a fin de retener o retirar el tratamiento de una paciente que está embarazada si eso resultara en la muerte de la paciente embarazada.
4. Un defensor del paciente puede tomar la decisión de retener o retirar el tratamiento que permitiría a un paciente morir solo si el paciente ha expresado de una manera clara y convincente que el defensor del paciente está autorizado para tomar dicha decisión, y que el paciente reconoce que tal decisión podría o resultaría en la muerte del paciente.
5. Un defensor del paciente no recibirá ninguna compensación por el desempeño de su potestad, derechos y responsabilidades, pero un defensor del paciente puede recibir un reembolso por los gastos reales y necesarios incurridos en el desempeño de su potestad, derechos y responsabilidades.
6. Un defensor del paciente actuará de acuerdo con los estándares de atención aplicables a los fiduciarios cuando actúe en nombre del paciente y actuará de acuerdo con los mejores intereses del paciente. Se presume que los deseos conocidos del paciente, expresados o evidenciados mientras este es capaz de participar en las decisiones de tratamiento médico o de salud mental, son en el mejor interés del paciente.
7. Un paciente puede revocar su nombramiento del defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar una intención de revocación.
8. Un paciente puede renunciar a su derecho a revocar el nombramiento del defensor del paciente en cuanto al poder de la toma de decisiones sobre el tratamiento de salud mental y, si se hace tal renuncia, su capacidad de revocación para ciertos tratamientos se retrasará durante 30 días después de que el paciente comunique su intención de revocación.

NOTA: SU DEFENSOR DEL PACIENTE DEBE FIRMAR UN FORMULARIO DE ACEPTACIÓN ANTES DE TENER LA POTESTAD PARA TOMAR DECISIONES EN SU NOMBRE.

ESTA ACEPTACIÓN PUEDE OBTENERSE AHORA PARA AGILIZAR EL PROCESO.

**NOMBRAMIENTO DEL DEFENSOR DEL PACIENTE DE MICHIGAN -
PÁGINA 6 DE 6**

9. El defensor del paciente puede revocar su aceptación del nombramiento como defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar una intención de revocación.

10. Un paciente admitido en un centro o agencia de salud tiene los derechos mencionados en la sección 20201 del Código de Salud Pública, 1978 PA 368, Leyes Compiladas de Michigan (Michigan Compiled Laws, MCL) 333,20201.

Entiendo las condiciones, términos y responsabilidades anteriores, y acepto el nombramiento como defensor del paciente

(nombre del defensor principal del paciente)

Fechado _____ Firmado _____

Entiendo las condiciones anteriores y acepto el nombramiento como defensor suplente del paciente

(nombre del defensor suplente del paciente)

Fechado _____ Firmado _____

SU DEFENSOR DEL PACIENTE DEBE FIRMAR Y FECHAR AQUÍ SU DOCUMENTO ANTES DE TOMAR DECISIONES EN SU NOMBRE.

SU DEFENSOR SUPLENTE

DEL PACIENTE DEBE FIRMAR Y FECHAR SU DOCUMENTO AQUÍ ANTES DE TOMAR DECISIONES EN SU NOMBRE.

**FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE MICHIGAN -
PÁGINA 1 DE 1**

DONACIÓN DE
ÓRGANOS
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS
INICIALES EN
LA OPCIÓN
QUE

REFLEJE SUS
DESEOS.

AGREGUE EL
NOMBRE O
INSTITUCIÓN (SI
CORRESPONDE).

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

SUS TESTIGOS
DEBEN FIRMAR
Y ESCRIBIR EN
LETRA DE
IMPRENTA SUS
DIRECCIONES.

AL MENOS UN
TESTIGO DEBE
SER UNA PARTE
DESINTERESADA.

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

Escriba sus iniciales en la línea junto a la declaración a continuación que mejor refleje sus deseos. No necesariamente tiene que escribir sus iniciales en las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo, según la ley de Michigan.

_____ No quiero donar órganos ni tejidos y no quiero que mi abogado de atención médica, apoderado, agente o miembro de mi familia lo haga.

_____ Ya firmé un acuerdo por escrito o tarjeta de donante con respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona o institución: _____

_____ De conformidad con la ley de Michigan, por la presente doy, a partir de mi muerte:

_____ Cualquier órgano o parte necesaria.

_____ La siguiente parte u órganos mencionados a continuación:

Para (escriba sus iniciales en una opción):

_____ Cualquier otro propósito legalmente autorizado.

_____ Únicamente para trasplante o propósitos terapéuticos.

Nombre del declarante: _____

Firma del declarante: _____, Fecha: _____

El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Soy una parte desinteresada con respecto al declarante, su donación y patrimonio. El declarante firmó este documento de manera voluntaria o instruyó a otra persona para que firmara en mi presencia.

Testigo _____ Fecha _____

Dirección _____