

MISURI

Instrucciones anticipadas

Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

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 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 MISURI

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para Misuri**, que 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, Poder notarial duradero para las decisiones sobre la atención médica**, le permite nombrar a una persona (un "agente", algunas veces denominado "apoderado legal") para que tome decisiones sobre su atención médica.

La **Parte II** es el documento **Instrucciones para las decisiones sobre la atención médica**. Es semejante a un testamento en vida, aunque este formulario (que se basa en el formulario creado por el fiscal general de Misuri) le permite tomar un conjunto de decisiones más amplio que el que permite el testamento en vida reglamentario de Misuri. La Parte II le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo.

La **Parte III** describe la relación entre la Parte I y la Parte II.

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

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

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

Para que la Parte I, **Poder notarial duradero para las decisiones sobre la atención médica**, sea válida, debe firmar ante un notario.

Para que la Parte II, **Instrucciones para las decisiones sobre la atención médica**, sea válida, debe firmar y fechar sus Instrucciones anticipadas para Misuri en presencia de dos testigos de 18 años de edad o más, ninguno de los cuales podrá ser una persona que firme en su nombre si usted no es físicamente capaz de firmar por sí mismo.

Si completa tanto la Parte I como la Parte II, deberá firmar en presencia de testigos y ante un notario.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente 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 agente puede ser un familiar o 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. Su agente no puede ser su médico ni empleado de su médico, ni propietario, operador ni empleado del centro de atención médica en el que usted reside, a menos que la persona sea su cónyuge, padre, madre, hijo(a), abuelo(a), hermano(a) o nieto(a).

Puede nombrar 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 por usted.

¿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 que actúe 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?

Según la manera en que complete la Parte I, **Poder notarial duradero para las decisiones sobre la atención médica**, esta parte entrará en vigor de forma inmediata o cuando su médico y un médico más certifiquen que usted no es capaz, debido a una afección física o mental, de recibir ni de evaluar información sobre tratamientos de atención médica ni de comunicar decisiones sobre la atención médica. Usted puede elegir que sea un médico, y no dos, el que determine si se encuentra incapacitado (no es capaz de tomar decisiones sobre la atención médica) rubricando la declaración de la Parte I.

La Parte II, **Instrucciones para las decisiones sobre la atención médica**, entrará en vigor cuando usted ya no pueda 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 solo puede rechazar o retirar la alimentación e hidratación artificiales en su nombre si usted otorga expresamente dicha potestad. Para otorgar esta potestad, usted debe rubricar la línea que aparece junto a este tratamiento en la Parte II.

Antes de que su agente pueda autorizar el retiro de la alimentación o hidratación artificiales, su médico debe:

- intentar explicarle la intención de retirar la alimentación o hidratación artificiales y las consecuencias del retiro, y darle la oportunidad de rechazar el retiro, o
- certificar que usted se encuentra en coma o padece una afección constante que le impide entender la intención de retirar la alimentación e hidratación artificiales y las consecuencias del retiro.

Las instrucciones que usted proporcione para suspender o retirar tratamientos no serán válidas en caso de que esté embarazada. Su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Misuri en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus Instrucciones anticipadas para Misuri en cualquier momento y de cualquier manera que refleje su intención de revocar. Algunos ejemplos de maneras de revocar incluyen romper su documento, declarar verbalmente su intención de revocar o elaborar una revocación por escrito.

La Parte II se revoca automáticamente cuando usted lleva a cabo la revocación, aunque la revocación de las facultades de su agente (Parte I) solo entra en vigor una vez que usted notifica a su agente o a su médico u otro proveedor de atención médica tratante su decisión de revocar.

La firma de nuevas instrucciones anticipadas que nombren a un nuevo agente revocará automáticamente la potestad de su agente anterior.

A menos que sus Instrucciones anticipadas para Misuri estipulen expresamente lo contrario, si nombró a su cónyuge como su agente, la presentación de cualquier acción de divorcio o disolución de su matrimonio termina automáticamente la potestad de su cónyuge como su agente.

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.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA MISURI: PÁGINA 1 DE 6

Parte I. Poder notarial duradero para las decisiones sobre la atención médica

Yo, _____, nombro a

Nombre: _____

Domicilio: _____

como mi agente para que tome decisiones sobre la atención médica si yo no soy capaz de tomar decisiones o comunicar mis deseos. En caso de que la persona arriba mencionada no pueda actuar como mi agente, o si estoy divorciado o separado legalmente del agente arriba mencionado, nombro a la persona que figura a continuación:

Nombre: _____ Domicilio: _____

Este agente suplente puede tomar decisiones sobre la atención médica por mi si yo no soy capaz de hacerlo o de comunicar mis deseos.

El presente poder notarial duradero entrará en vigor cuando dos médicos certifiquen que me encuentro incapacitado y no puedo tomar ni comunicar decisiones sobre la atención médica.

Usted puede elegir que sea un médico, y no dos, el que determine si se encuentra incapacitado. Si desea ejercer esta opción (permitir que un médico determine si usted se encuentra incapacitado), rubrique aquí. _____

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA

ESCRIBA EL
NOMBRE Y
DOMICILIO DE SU
AGENTE EN LETRA
DE IMPRESA

ESCRIBA EL
NOMBRE Y
DOMICILIO DE SU
AGENTE SUPLENTE
EN LETRA DE
IMPRESA

ESCRIBA SUS
INICIALES AQUÍ SI
DESEA QUE SOLO
UN MÉDICO
DETERMINE SI SE
ENCUENTRA
INCAPACITADO

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA MISURI: PÁGINA 2 DE 6

Al llenar este poder notarial duradero, autorizo a mi agente a que tome todas las decisiones por mí en relación con mi atención médica. Esto incluye la facultad para:

- Dar, rechazar o retirar el consentimiento para recibir alimentación e hidratación suministradas artificialmente.
- Hacer todos los arreglos necesarios en mi nombre relativos a la atención médica. Esto incluye ingresarme en cualquier hospital, centro de tratamiento psiquiátrico, centro de cuidados de hospicio, hogar para adultos mayores u otro centro de atención médica.
- Contratar o despedir a personal de atención médica en mi nombre.
- Solicitar, recibir y revisar mis expedientes médicos y hospitalarios.
- Tomar medidas legales si es necesario para cumplir las instrucciones que proporcione.
- Llevar a cabo mis deseos relativos a la autopsia y a la donación de órganos, y decidir lo que se debe hacer con mi cuerpo.

En virtud de este poder notarial duradero, mi agente no incurrirá en ninguna responsabilidad económica personal. El agente tampoco deberá recibir remuneraciones por los servicios prestados en mi nombre. Sin embargo, se le reembolsará al agente los gastos razonables que formen parte de mi atención.

EL PRESENTE ES UN PODER NOTARIAL DURADERO Y LA POTESTAD DE MI APODERADO LEGAL, CUANDO ENTRE EN VIGOR, NO TERMINARÁ NI SERÁ NULA NI REVOCABLE SI ME ENCUENTRO O LLEGO A ENCONTRARME INCAPACITADO O DISCAPACITADO O EN CASO DE DUDA POSTERIOR SOBRE SI ESTOY VIVO O MUERTO.

SI NO DESEA QUE SU AGENTE TENGA NINGUNA DE ESTAS FACULTADES, TRACE UNA LÍNEA SOBRE LA DISPOSICIÓN Y ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A ELLA

SU AGENTE PUEDE TENER UN RECLAMO CONTRA SU PATRIMONIO POR GASTOS RAZONABLES QUE FORMEN PARTE DE SU ATENCIÓN

Parte II. Instrucciones para las decisiones sobre la atención médica

Deseo que las personas que participan en mi atención médica entiendan mis deseos si yo no puedo comunicarme o tomar decisiones por mí mismo. Llevo a cabo estas instrucciones con el fin de proporcionar una prueba clara y convincente de mis deseos e indicaciones sobre mi atención médica y tratamiento. Si mi médico considera que el tratamiento médico

dará como resultado mi recuperación, deseo recibir el tratamiento. También deseo recibir atención y tratamiento para el dolor o las molestias, incluso si este tratamiento puede acortar mi vida, afectar mi apetito, ralentizar mi respiración o crear hábito.

Si padezco una enfermedad o afección terminal y no hay esperanzas razonables de que me recupere, o si me encuentro inconsciente de forma persistente, doy instrucciones para que se suspendan o retiren todos los procedimientos para prolongar la vida que rubrico a continuación. Doy instrucciones para que se suspendan o retiren los siguientes tratamientos: (escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan)

_____ Cirugía u otros procedimientos invasivos

_____ Reanimación cardiopulmonar (RCP) para reiniciar mi ritmo cardíaco o respiración

_____ Antibióticos

_____ Diálisis

_____ Ventilador mecánico (respirador)

_____ Alimentación e hidratación suministradas artificialmente (incluida la alimentación por sonda)

_____ Quimioterapia

_____ Radioterapia

_____ Todos los demás tratamientos médicos o cirugías para "prolongar la vida" que simplemente estén destinados a mantenerme con vida sin esperanzas razonables de mejorarme o de curar mi enfermedad o lesión.

Decisiones sobre la donación de órganos (escriba sus iniciales solo en una opción)

_____ Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo la donación de mis órganos o tejidos. Soy consciente de que puede ser necesario que se conserve mi cuerpo artificialmente después de mi fallecimiento hasta que mis órganos se extraigan.

_____ Me niego a hacer donaciones anatómicas de todo o de parte de mi cuerpo. Prohíbo a mi agente a que de su consentimiento para que se hagan dichas donaciones antes o después de mi fallecimiento.

ESCRIBA SUS INICIALES EN TODOS LOS TRATAMIENTOS QUE DESEE QUE SE SUSPENDAN O RETIREN EN CASO DE QUE O SE ENCUENTRE INCONSCIENTE DE FORMA PERMANENTE PADEZCA UNA ENFERMEDAD TERMINAL

ESCRIBA SUS INICIALES EN SU PREFERENCIA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA MISURI: PÁGINA 4 DE 6

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A SUS PLANES DE ATENCIÓN ANTICIPADA

Además, doy las siguientes instrucciones relativas a mi atención médica:

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. Firme y feche las páginas adjuntas.

Opcional: Describa lo que considera una calidad de vida aceptable. Por ejemplo, ser capaz de reconocer a sus seres queridos, tomar decisiones, comunicarse o alimentarse por sí mismo.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

Adjunte páginas adicionales si es necesario. Firme y feche las páginas adjuntas.

OPCIONAL DESCRIBA SU IDEA DE CALIDAD DE VIDA ACEPTABLE

Asegúrese de hablar sobre estas instrucciones y sobre sus deseos con su agente, sus médicos, familiares, amigos y miembros del clero. Entregue una copia de sus instrucciones a cada uno de ellos. Lleve una copia cuando acuda al hospital o a otro centro de atención médica. Guarde el original con sus documentos importantes.

Parte III. Relación entre las Instrucciones para las decisiones sobre la atención médica y el Poder notarial duradero para las decisiones sobre la atención médica

Esta Parte es válida solo si llené la Parte I y la Parte II.

Dado que llené las instrucciones para las decisiones sobre la atención médica y el poder notarial duradero para las decisiones sobre la atención médica, confío y exhorto a mi agente a:

- En primer lugar, seguir mis deseos según lo expresado en las instrucciones o de otro modo a partir del conocimiento que tenga sobre mí o de las conversaciones que mantuvo conmigo sobre tomar decisiones con respecto a tratamientos médicos para prolongar la vida.
- En segundo lugar, si mi agente no conoce mis deseos para poder tomar una decisión determinada, pero tiene indicios de lo que yo podría desear, intentar averiguar lo que yo decidiría. A esto se le denomina juicio sustitutivo, para lo cual es necesario que mi agente se imagine a sí mismo en mi lugar. Mi agente debe tener en cuenta mis valores, creencias religiosas, decisiones anteriores y declaraciones que hice en el pasado. El propósito es elegir lo que yo posiblemente elegiría, aunque no sea lo que mi agente escogería para sí mismo.
- En tercer lugar, si mi agente tiene muy poco o ningún conocimiento de lo que yo desearía, mi agente y los médicos tendrán que tomar una decisión en función de lo que decidiría una persona razonable si se encontrara en la misma situación. A esto se le denomina tomar decisiones en mi mejor interés. Confío en la capacidad de mi agente para tomar decisiones en mi mejor interés si mi agente no cuenta con la suficiente información para seguir mis preferencias o para utilizar un juicio sustitutivo y, si este es el caso, autorizo a mi agente a que tome decisiones que incluso podrían ser contrarias a mis instrucciones, de acuerdo con su buen juicio.
- Por último, si se determina que el poder notarial duradero para las decisiones sobre la atención médica no es válido, o si mi agente no es capaz de ejercer sus funciones, las instrucciones para las decisiones sobre la atención médica están destinadas a que se utilicen por sí solas como instrucciones definitivas para mis proveedores de atención médica con respecto a procedimientos para prolongar la vida.

ESTA PARTE DESCRIBE LA RELACIÓN ENTRE LAS PARTES I Y II EN CASO DE QUE COMPLETE AMBAS PARTES

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA RELACIÓN, ES POSIBLE QUE DESEE COMPLETAR SOLO UNA PARTE O HABLAR CON UN ABOGADO ACERCA DE UN DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS QUE SE ADAPTE A SUS NECESIDADES

Parte IV. Firma

FECHE SU DOCUMENTO

FIRME AQUÍ Y ESCRIBA SU NOMBRE Y DOMICILIO EN LETRA DE IMPRENTA

SI COMPLETÓ LA PARTE II, SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y ESCRIBIR AQUÍ SUS NOMBRES Y DOMICILIOS EN LETRA DE IMPRENTA

SI COMPLETÓ LA PARTE I, UN NOTARIO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

NOTA: SI COMPLETÓ LAS PARTES I Y II, DEBE FIRMAR SU DOCUMENTO ANTE UN NOTARIO Y DEBE SER FIRMADO POR DOS TESTIGOS

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

EN FE DE LO CUAL, firmo el presente documento este día ____ de _____ de _____.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio: _____

Si completó la Parte II, debe firmar en presencia de dos personas que tengan al menos 18 años de edad.

La persona que firmó este documento se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y firmó voluntariamente este documento en nuestra presencia. Cada uno de los testigos abajo firmantes tiene al menos 18 años de edad.

Testigo n.º 1

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio: _____

Testigo n.º 2

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Domicilio: _____

Si completó la Parte I, debe firmar sus instrucciones anticipadas ante un notario.

ESTADO DE MISURI)
) SC.
CONDADO DE _____)

En este día _de _____ de _____, compareció personalmente ante mí la persona firmante, de la que tengo constancia que es la persona que llenó este documento y lo reconoció como su libre acto y obra.

EN FE DE LO CUAL, firmo y estampo mi sello oficial en el Condado de _____, Estado de Misuri, el día y año arriba indicados.

Firma del notario público

Sello notarial