

# **MONTANA**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de las decisiones importantes de atención médica**

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://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 completas.
- 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.
6. El Registro de Final de Vida de Montana es el registro de instrucciones anticipadas de su estado. Al presentar sus instrucciones anticipadas ante el registro, su proveedor de atención médica y sus seres queridos podrán encontrar una copia de sus instrucciones en caso de que usted no pueda proporcionarlas. Puede obtener más información sobre el registro, incluidas instrucciones sobre cómo presentar sus instrucciones anticipadas, en <http://www.endoflife.mt.gov>.

## **INTRODUCCIÓN A LAS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MONTANA**

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para Montana**, que se basa en el formulario elaborado por la Oficina de Protección del Consumidor del Departamento de Justicia de Montana, el cual 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 1**, la **Declaración de afecciones terminales**, es el testamento en vida de su estado. La Parte 1 le permite tomar decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no pueda tomarlas por sí mismo y haya desarrollado una afección terminal.

La **Parte 2** es una descripción opcional de **Enfermedades crónicas o discapacidades graves**. Esta parte le permite describir cualquier enfermedad crónica o discapacidad grave que padezca que no deba interpretarse erróneamente como una afección terminal. Esta parte también le permite dar instrucciones especiales con respecto a su afección, así como la información de contacto de su médico tratante.

La **Parte 3** es un **Poder notarial para la atención médica**, que le permite elegir a un agente adulto para que tome decisiones sobre la atención médica por usted. La Parte 3 es especialmente útil, ya que le permite a su agente tomar decisiones por usted en el momento en que no sea capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica, no solo en caso de que padezca una afección terminal.

La **Parte 4** es una sección que le permite dar **Instrucciones especiales** con respecto a su planificación anticipada, como sus preferencias espirituales, la donación de órganos y la disposición final de sus restos. La Parte 4 también le permite indicar si tiene previsto presentar sus instrucciones anticipadas ante el Registro de Final de Vida de Montana, y a quién tiene previsto entregar copias de su documento.

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

Puede llenar una o las cuatro primeras partes según sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte 5.**

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

La ley exige que usted firme su documento de instrucciones anticipadas o dé instrucciones a otra persona para que lo firme, en presencia de dos testigos.

### **¿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.

Puede nombrar a una segunda y tercera persona como agentes suplentes. Un agente suplente intervendrá si la(s) persona(s) que nombra como agente(s) no es (son) capaz (ces), no está(n) dispuesta(s) 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?**

La Parte 1, **Afecciones terminales (Testamento en vida)**, entra en vigor si se dan las dos condiciones siguientes:

- padece una afección terminal, y,
- en opinión de su médico tratante, fallecerá en un plazo relativamente corto sin tratamiento de mantenimiento de la vida, que solo prolongará el proceso de fallecimiento.

Usted conserva la potestad principal sobre sus decisiones de atención médica mientras sea capaz de dar a conocer sus deseos.

### **Limitaciones del agente**

No se respetarán las instrucciones relativas a la suspensión o el retiro de tratamiento de mantenimiento de la vida a una paciente embarazada si es probable que el feto sobreviva hasta nacer vivo con la continuación de tratamiento de mantenimiento de la vida, además, su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Montana en lo que respecta al embarazo y la interrupción del embarazo.

### **¿Qué ocurre si cambio de opinión?**

Usted puede revocar sus Instrucciones anticipadas para Montana en cualquier momento y de cualquier manera, independientemente de su afección mental o física. Su revocación entra en vigor una vez que usted, o un testigo de su revocación, se lo notifique a su médico, enfermero titulado de práctica avanzada o a otro proveedor de atención médica. Las facultades de su agente en virtud de un Poder notarial para la atención médica se revocan automáticamente si su cónyuge es su agente y ustedes se separan legalmente o se divorcian.

### **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.

ESCRIBA AQUÍ SU  
NOMBRE  
COMPLETO EN  
LETRA DE  
IMPRESA

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_  
Escriba en letra de imprenta

**1. Afeciones terminales (Testamento en vida)**

Doy estas instrucciones de acuerdo con la Ley de Derechos de los Enfermos Terminales de Montana. Estos son mis deseos sobre el tipo de tratamiento que deseo si no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones. Estas instrucciones son válidas solo si se dan las dos condiciones siguientes:

- 1. padezco una afección terminal, y**
- 2. en opinión de mi médico tratante, falleceré en un plazo relativamente corto sin tratamiento de mantenimiento de la vida, que solo prolongará el proceso de fallecimiento.**

Autorizo a mi agente, si nombré uno, a tomar la decisión de administrar, suspender o retirar cualquier tratamiento de atención médica.

**Instrucciones generales sobre el tratamiento**

Marque las casillas que expresen sus deseos: (Marque solo una casilla)

No doy instrucciones en este momento.

Doy instrucciones a mi médico tratante para que suspenda o retire tratamiento que simplemente prolongará el proceso de fallecimiento.

Además, doy instrucciones para que (marque todas las casillas que correspondan):

Se me administre tratamiento para mantener mi dignidad, mantenerme cómodo y aliviar el dolor.

Si no puedo beber, no deseo que se me administren líquidos a través de una aguja o catéter colocado en mi cuerpo, a menos que sea para mi comodidad.

Si no puedo comer, no deseo que se me introduzca una sonda por la nariz o la boca, ni que se me coloque quirúrgicamente en el estómago para administrarme alimento.

Si tengo una infección grave, no deseo que se me administren antibióticos para prolongar mi vida. Los antibióticos pueden utilizarse para tratar una infección dolorosa.

Adjunté a este formulario instrucciones adicionales sobre tratamiento médico:

Sí       No

MARQUE SOLO  
UNA CASILLA

MARQUE TODAS  
LAS CASILLAS QUE  
CORRESPONDAN

MARQUE SOLO UNA  
CASILLA



MARQUE SOLO  
UNA CASILLA

ESCRIBA EN LETRA  
DE IMPRENTA EL  
NOMBRE,  
DOMICILIO Y  
NÚMEROS DE  
TELÉFONO DE SU  
AGENTE PRINCIPAL

ESCRIBA EN LETRA DE  
IMPRENTA EL NOMBRE,  
DOMICILIO Y NÚMEROS  
DE TELÉFONO DE SUS  
AGENTES SUPLENTE(S)

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

**3. Agente de atención médica (Poder notarial para la atención médica) Deseo nombrar a un agente**  Sí  No

**A. Agente principal**

Nombro a \_\_\_\_\_ como  
mi agente.

\_\_\_\_\_  
Domicilio del agente

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono particular Teléfono de trabajo

La potestad de mi agente será válida en caso de que no pueda tomar decisiones sobre la atención médica o comunicar mis deseos. Puedo revocar esta potestad en el momento en que recupere estas habilidades (a menos que mi médico tratante y el experto que se requiera determinen que no soy capaz de tomar decisiones en mi mejor interés).

Si, por cualquier motivo, necesitara que una corte designara un tutor de mi persona, nombro a mi agente, o agente(s) suplente(s), señalado(s) a continuación.

**B. Agente(s) suplente(s)**

- Si: 1. revoco la potestad de mi agente;  
2. mi agente no está dispuesto o no es capaz de actuar en mi nombre, o  
3. mi agente es mi cónyuge y me separo legalmente o me divorcio,

nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) como suplente(s) de mi agente en el orden indicado:

**1.** \_\_\_\_\_  
Nombre completo del agente suplente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono particular Teléfono de trabajo

**2.** \_\_\_\_\_  
Nombre completo del agente suplente en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono particular Teléfono de trabajo

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA MONTANA: PÁGINA 4 DE 6

### Parte 5. Presencia de testigos y firma de estas Instrucciones anticipadas

#### A. Su firma

Dos personas deben presenciar su firma y firmar a continuación.

1. Revoco cualquier documento de instrucciones anticipadas de atención médica o indicaciones anteriores.
2. La intención de este documento es que sea válido en cualquier jurisdicción en la que se presente.
3. Una copia de este documento surtirá el mismo efecto que el original.
4. Las personas que actúen según mis instrucciones contenidas en este documento quedarán exentas de responsabilidad legal al haber seguido mis instrucciones.
5. Si mi médico tratante no está dispuesto o no es capaz de cumplir mis deseos según se indicaron en este documento, doy instrucciones para que mi atención se transfiera a un médico que cumpla mis deseos.

Firmo este documento el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono particular

\_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo

#### B. Sus testigos deben leer y firmar

Declaro que soy mayor de 18 años, que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, que firmó estas instrucciones anticipadas de atención médica en mi presencia, que parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no se encuentra bajo coacción, fraude ni influencia indebida.

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Domicilio

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Domicilio

ESCRIBA AQUÍ LA  
FECHA EN LETRA  
DE IMPRENTA

FIRME Y ESCRIBA  
AQUÍ SU NOMBRE,  
DOMICILIO Y  
NÚMEROS DE  
TELÉFONO EN  
LETRA DE  
IMPRESA

SUS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
ESCRIBIR AQUÍ LA  
FECHA Y SUS  
NOMBRES Y  
DOMICILIOS EN  
LETRA DE  
IMPRESA



TODOS LOS CAMPOS DE LA PARTE 4 SON OPCIONALES

INDIQUE SU PREFERENCIA RELIGIOSA O ESPIRITUAL

MARQUE LA CASILLA PARA INDICAR EL LUGAR EN EL QUE PREFERIRÍA QUE OCURRIERA SU FALLECIMIENTO

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELACIONADAS CON SUS PLANES DE ATENCIÓN ANTICIPADA

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

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

**Parte 4. Instrucciones especiales (opcional)**

**A. Preferencias espirituales**

Mi religión \_\_\_\_\_

Mi comunidad espiritual \_\_\_\_\_

Persona de contacto \_\_\_\_\_

Deseo recibir apoyo espiritual  Sí  No

**B. Lugar en el que desearía estar cuando fallezca**

Mi hogar  Hospital  Hogar para adultos mayores

Centro de cuidados de hospicio  Otro \_\_\_\_\_

**C. Donación de órganos tras mi fallecimiento** (marque una de las siguientes opciones):

No deseo donar ninguna parte de mi cuerpo, órganos ni tejidos.

Deseo donar todo mi cuerpo.

Deseo donar **solo** lo siguiente (marque todas las opciones que correspondan):

Cualquier órgano, tejido o parte del cuerpo  Corazón  Riñones

Pulmones  Médula ósea  Ojos  Piel  Hígado

Otro(s) \_\_\_\_\_

**D. Cuidados después del fallecimiento** (cuidado de mi cuerpo, entierro, cremación, preferencia de funeraria)

**E. Instrucciones adicionales** (utilice páginas adicionales si es necesario)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

MARQUE LA CASILLA QUE INDICA SI TIENE PREVISTO REGISTRAR SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL (LOS) NOMBRE(S), DOMICILIO(S) Y NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE LA(S) PERSONA(S) A LA(S) QUE TIENE PREVISTO ENVIAR COPIAS DE SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

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

**A. Distribución de estas Instrucciones anticipadas**

Tengo previsto depositar estas Instrucciones anticipadas en el Registro de Final de Vida de Montana:  Sí  No

Tengo previsto enviar copias de este documento a las siguientes personas o lugares:

**Nombre del médico:**

---

---

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular Teléfono de trabajo

**Familiar:** Relación \_\_\_\_\_

Nombre

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular Teléfono de trabajo

**Hospital:**

Nombre

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular Teléfono de trabajo

**Clérigo:**

Nombre

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular Teléfono de trabajo