

NEBRASKA

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 19 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 NEBRASKA

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de Nebraska**, 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.

La **Parte I** es el **Poder notarial para la atención médica de Nebraska**. Esta parte le permite nombrar a una persona mayor de edad, llamada a su apoderado, para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre los tratamientos de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo. El poder notarial para la atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica, no solo al final de la vida.

La **Parte II** es una **Declaración de Nebraska**, que es el testamento en vida de su estado. La Parte II le permite expresar sus deseos sobre atención médica, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica, padezca una enfermedad terminal o esté en un estado vegetativo persistente.

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

Después de las instrucciones anticipadas, hay un **Formulario de donación de órganos**.

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

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

La ley establece que sus Instrucciones anticipadas de Nebraska cuenten con testigos. Puede hacerlo de dos maneras:

Opción 1: encárguese de que su firma sea atestiguada por un notario público que no haya nombrado como su apoderado o apoderado suplente.

U

Opción 2: firme su documento en presencia de dos testigos mayores de edad. Solo un testigo puede ser el administrador o un empleado del proveedor de atención médica que está proporcionando tratamiento. Ninguno de los testigos puede ser un empleado de su seguro médico o de vida. Si completó la Parte I, el poder notarial para la atención médica, sus testigos no pueden ser su cónyuge, padre, madre, hijo(a), nieto(a), hermano(a), presunto heredero, cualquier receptor conocido del remanente de su herencia (alguien que usted ha nombrado en su testamento para heredar de su patrimonio), su médico tratante, su apoderado o el suplente de este.

Debe firmar su **Formulario de donación de órganos** en presencia de dos testigos. Al menos uno de sus testigos debe ser desinteresado, lo que significa que no tiene interés o reclamo alguno sobre su patrimonio ni cualquier donación anatómica que planea hacer.

¿A quién debo nombrar como mi apoderado?

Su apoderado 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 apoderado 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.

La persona que usted nombre como su apoderado no puede ser:

- su médico tratante;
- un empleado de su médico tratante que no está relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción;
- el dueño, operador o empleado de su proveedor de atención médica tratante que no esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción; o
- una persona no relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción que actualmente actúa como apoderado para diez o más personas.

Puede nombrar a una segunda persona como su apoderado suplente. El suplente interviene si la primera persona a la que nombró como apoderado 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 apoderado 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 apoderado 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 apoderado?

La Parte I, **Poder notarial para la atención médica de Nebraska**, entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de entender y apreciar la naturaleza y consecuencias de las decisiones de atención médica, o que usted no puede comunicar de ninguna manera una decisión de atención médica informada.

La Parte II, **Declaración**, entra en vigor una vez que su médico tratante (1) determina que usted es incapaz de tomar decisiones sobre el uso de un tratamiento de soporte vital, (2) determina que usted está en un estado vegetativo persistente o padece una afección terminal, y (3) informa a un miembro razonablemente disponible de su familia inmediata o a su tutor, si tiene alguno, sobre su intención de revocar a su Declaración.

Límites del apoderado

Una instrucción para retener o retirar el tratamiento de soporte vital de una paciente embarazada no se cumplirá si es probable que el feto se desarrolle hasta su nacimiento vivo con un tratamiento de continuo de soporte vital, y su apoderado estará obligado por las leyes vigentes de Nebraska relativas al embarazo y la interrupción de los embarazos.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus Instrucciones anticipadas de Nebraska en cualquier momento y de cualquier manera que refleje su intención de revocarlas, siempre que sea competente. Su revocación entra en vigor una vez que notifica a su proveedor de atención médica, médico tratante o apoderado.

A menos que indique lo contrario, hacer un nuevo poder notarial válido para la atención médica (Parte I) revocará cualquier poder notarial para la atención médica previamente ejecutado.

Si usted nombra a su cónyuge como su apoderado, un decreto de divorcio o separación legal revocará en automático ese nombramiento, a menos que el decreto establezca específicamente lo contrario.

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?

Estos documentos serán legalmente vinculantes solo si la persona que los completa, la persona

nombrada como apoderado y los dos testigos son todos adultos competentes que tienen (1) al menos 19 años de edad, O están casados, O han estado casados.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su apoderado. 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 NEBRASKA - PÁGINA 1 DE 7

Parte I: Poder notarial para la atención médica

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

Yo, _____,

nombro a _____,

cuya dirección es _____,

y cuyo número de teléfono es _____,
como mi apoderado para la atención médica.

Si mi primera opción no puede, no quiere o no está razonablemente disponible

para actuar como mi apoderado, nombro a _____,

cuya dirección es _____,

y cuyo número de teléfono es _____,
como mi apoderado suplente para la atención médica.

Autorizo a mi apoderado nombrado en este documento a tomar decisiones de atención médica por mí cuando se determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención médica, incluidas las decisiones de retener o retirar el tratamiento de soporte vital, y nutrición e hidratación administradas de forma artificial. Leí la advertencia que acompaña a este documento y comprendo las consecuencias de ejecutar un poder notarial para la atención médica.

Al tomar decisiones de atención médica por mí, mi apoderado debe pensar en qué acción sería consistente con las conversaciones anteriores que hemos tenido, mis preferencias de tratamiento expresadas en estas instrucciones anticipadas o en otro documento legal o no legal, mis creencias y valores religiosos, o de otro tipo, y cómo he manejado temas médicos y otras situaciones importantes en el pasado. Si lo que yo decidiría todavía no está claro, entonces mi apoderado para la atención médica deberá tomar decisiones por mí que considere que son en mi mejor interés, tomando en cuenta los beneficios, cargas y riesgos de mis circunstancias actuales y opciones de tratamiento.

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA EL
NOMBRE,
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
SU APODERADO.

ESCRIBA EN
LETRA DE
IMPRESA EL
NOMBRE
DIRECCIÓN Y
NÚMERO DE
TELÉFONO DE SU
APODERADO
SUPLENTE.

INDIQUE SUS INSTRUCCIONES PARA EL USO DE UN TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL, SI CORRESPONDE.

INDIQUE SUS INSTRUCCIONES PARA EL USO DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES, SI CORRESPONDE.

AGREGUE OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HAY, CON RESPECTO A SUS PLANES ANTICIPADOS DE ATENCIÓN.

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS 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.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEBRASKA - PÁGINA 2 DE 7

Más instrucciones. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Deseo que mi apoderado cumpla las siguientes instrucciones sobre el tratamiento de soporte vital: (opcional)

Deseo que mi apoderado cumpla las siguientes instrucciones sobre nutrición e hidratación administradas de forma artificial: (opcional)

Deseo que mi apoderado cumpla las siguientes instrucciones o limitaciones: (opcional)

LEÍ ESTE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA. ENTIENDO QUE PERMITE A OTRA PERSONA TOMAR DECISIONES DE VIDA O MUERTE EN MI NOMBRE SI SOY INCAPAZ DE TOMAR TALES DECISIONES. TAMBIÉN ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN CUALQUIER MOMENTO, NOTIFICANDO A MI APODERADO, A MI MÉDICO O AL CENTRO EN EL QUE SOY PACIENTE O RESIDENTE. ADEMÁS, COMPRENDO QUE PUEDO EXIGIR EN ESTE PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA QUE UN SEGUNDO MÉDICO CONFIRME MI INCAPACIDAD EN EL FUTURO.

Parte II: Declaración relativa al uso de tratamientos de soporte vital

Si padezco un estado vegetativo persistente o una enfermedad incurable e irreversible que, sin la administración de un tratamiento de soporte vital, en opinión de mi médico tratante, causará mi muerte en un tiempo relativamente corto y ya no soy capaz de tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, instruyo a mi médico tratante, de conformidad con la Ley sobre los Derechos de los Enfermos Terminales, lo siguiente:

1. Manténganme cómodo y permitan que muera naturalmente. No quiero que se recurra a ningún tratamiento de soporte vital ni 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 ningún tratamiento de soporte vital ni intervención médica 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 todos los tratamientos de soporte vital u otras intervenciones médicas 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.

Cualquier pregunta con respecto a cómo interpretar o aplicar mi declaración la resolverá mi apoderado designado bajo un poder notarial duradero para la atención médica (Parte I), si nombré a uno.

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

ESCRIBA SUS
INICIALES SOLO EN
UNA OPCIÓN DE SU
PREFERENCIA.

PARTE III: CUMPLIMIENTO

Estas instrucciones anticipadas para la atención médica no serán válidas a menos que:

(A) Las firmen dos (2) testigos mayores de edad que están presentes cuando usted firme o reconozca su firma.

Solo un testigo puede ser el administrador o un empleado del proveedor de atención médica que está proporcionando tratamiento. Ninguno de los testigos puede ser un empleado de su seguro médico o de vida.

Si completó la Parte I, el poder notarial para la atención médica, sus testigos no pueden ser su cónyuge, padre, madre, hijo(a), nieto(a), hermano(a), presunto heredero, cualquier receptor conocido del remanente de su herencia (alguien que usted ha nombrado en su testamento para heredar de su patrimonio), su médico tratante, su apoderado o el suplente de este. (Si decide firmar ante testigos, use la Alternativa 1 a continuación [página]).

O

(B) La atestigüe un notario.

Si completó la Parte I, el poder notarial para la atención médica, su documento no puede ser notariado por su apoderado o su suplente. (Si decide notarizar su firma, use la Alternativa 2 a continuación [página]).

SI ELIGE FIRMAR CON TESTIGOS, USE LA ALTERNATIVA 1, A CONTINUACIÓN.

SI ELIGE FIRMAR ANTE UN NOTARIO, USE LA ALTERNATIVA 2, A CONTINUACIÓN.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEBRASKA - PÁGINA 6 DE 7

Alternativa n.º 1: Firme ante testigos

FIRME Y FECHES
SUS
INSTRUCCIONES
S
ANTICIPADAS.

(firma)

(fecha)

(nombre en letra de imprenta)

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Declaramos que conocemos personalmente al mandante, que firmó o reconoció su firma en este poder notarial para la atención médica en nuestra presencia, y que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales, no está bajo coacción ni influencia indebida, y que ni nosotros ni el médico tratante del mandante somos la persona nombrada como apoderado en este documento.

Testigo n.º 1

(firma del testigo)

(fecha)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

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

Testigo n.º 2

(firma del testigo)

(fecha)

(nombre del testigo en letra de imprenta)

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE NEBRASKA - PÁGINA 7 DE 7

Alternativa n.º 2: Firme ante un notario público

FIRME Y FECHES
SUS
INSTRUCCIONES
ANTICIPADAS.

ESCRIBA SU NOMBRE
EN LETRA DE
IMPRESA.

UN NOTARIO
PÚBLICO DEBE
COMPLETAR ESTA
SECCIÓN DEL
DOCUMENTO.

(firma) (fecha)

(nombre en letra de imprenta)

Estado de Nebraska,)
) ss.
Condado de _____)

En este _____ día de _____ de 20____, ante mí,
_____, notario público en el condado de
_____, se presentó

personalmente _____,
conocido por ser la persona idéntica cuyo nombre aparece en las instrucciones
anticipadas anteriores como el mandante del poder notarial para la atención
médica, si se completa la Parte I, o como declarante de la declaración relativa al
uso de un tratamiento de soporte vital, si se completa la Parte II, y declaro que
él o ella parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo coacción
o influencia indebida, que él o ella reconoce que la ejecución de este es su acto y
obra voluntarios, y que no soy el apoderado ni el apoderado suplente nombrado
en la Parte I, si se completó.

Doy fe con mi firma y sello notarial el _____
en dicho condado el día y el año antes indicados.

SELLO

firma del notario público

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org

FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE NEBRASKA - 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 Nebraska.

___ 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 Nebraska, 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 _____

Domicilio _____

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 _____

Domicilio _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org