NUEVO MÉXICO
Instrucciones anticipadas
Planificación de las decisiones importantes de 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 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 entre dieciséis y dieciocho años que ha estado casado, está en servicio activo en las fuerzas armadas o que ha sido declarado emancipado por orden judicial.

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.

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

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 NUEVO MÉXICO

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Nuevo México**, 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: Poder notarial para la atención médica** le permite nombrar a alguien como su "agente" a fin de que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre soporte vital, si ya no puede hablar 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: Instrucciones para la atención médica** funciona como su testamento en vida para su estado. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo y:

- padezca una afección incurable o irreversible que resultará en la muerte en un tiempo relativamente corto,
- entra en estado de inconsciencia y, a un grado razonable de certeza médica, no recuperará la conciencia, o
- los riesgos y cargas probables del tratamiento superarían los beneficios esperados.

La Parte II también le permite registrar su donación de órganos, alivio del dolor y otros deseos de planificación anticipada.

La **Parte III** le permite designar un médico de cabecera.

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

Puede completar la Parte I, la Parte II, la Parte III, una o todas las partes, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **También debe completar la Parte IV.**

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

Debe firmar y fechar este formulario después de completarlo. Usted no está obligado a que su documento se firme ante testigos, pero puede ser útil hacerlo en caso de que alguna vez se cuestionen sus instrucciones anticipadas para la atención médica.

¿A quién debo nombrar como mi agente?

Su agente es la persona que usted designa 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 designar a una segunda persona como su agente suplente. El agente suplente interviene si la primera persona a la que nombró como agente no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

La persona que usted designe como su agente o agente suplente no puede ser propietario, operador o empleado de una institución de atención médica en la que usted reciba atención, a menos que esté relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción.

¿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?

La **Parte I: Poder notarial para la atención médica** entra en vigor cuando su médico y otro profesional de la salud calificado determinan que usted ya no tiene la capacidad de entender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de la atención médica propuesta, además de que usted no puede tomar ni comunicar una decisión de atención médica informada. Si desea que su poder notarial para la atención médica entre en vigor de inmediato, puede seleccionar esa opción en la Parte I.

La **Parte II: Instrucciones para la atención médica** entra en vigor cuando usted tiene una de las afecciones enumeradas y su médico determina que ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

Usted conserva la potestad principal para sus decisiones de atención médica, siempre y cuando sea capaz de dar a conocer sus deseos.

Limitaciones del agente

Su agente **no** tiene la potestad para dar su consentimiento a su admisión en un centro de atención de salud mental, a menos que usted permita expresamente en sus instrucciones anticipadas que su agente lo haga.

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

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Con excepción del nombramiento de su agente, usted puede revocar cualquier parte o todas sus instrucciones anticipadas en cualquier momento y de cualquier manera que comunique su intención de revocarla, siempre y cuando tenga la capacidad de hacerlo. Esto podría ser diciéndole a su agente o médico que usted las revoca, firmando una revocación, o simplemente rompiendo sus instrucciones anticipadas.

Para revocar el nombramiento de su agente, debe informar personalmente a su proveedor de atención médica supervisor sobre su intención de revocar el nombramiento de su agente en un escrito firmado. Si no puede firmar y necesita que alguien firme por usted, su revocación por escrito debe contar con dos adultos como testigos que firmen en su presencia, la comparecencia de ambos y en presencia de la persona que firma por usted.

Si ejecuta nuevas instrucciones anticipadas, estas revocarán las anteriores, en caso de presentarse algún conflicto entre ambos documentos.

A menos que especifique lo contrario en la sección "otros deseos" en la Parte II, si nombra a su cónyuge como su agente, ese nombramiento se revocará automáticamente en caso de divorcio o anulación del matrimonio.

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?

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.

EXPLICACIÓN

EXPLICACIÓN

Este formulario es opcional. Le permite nombrar a otra persona para que tome decisiones de atención médica por usted si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones o dar instrucciones sobre su propia atención médica. Puede completar todo o parte de este formulario. Usted puede cambiar todo o parte de él, o utilizar un formulario diferente.

Si ya firmó un poder notarial duradero para su atención médica o una declaración de derecho a morir (testamento en vida), estos siguen siendo válidos.

Si llena este formulario, asegúrese de firmarlo y fecharlo. Usted tiene el derecho de revocar (cancelar) o reemplazar este formulario en cualquier momento. Entregue copias de este formulario firmado a sus proveedores e instituciones de atención médica, a los agentes de atención médica que usted nombre, y a los miembros de su familia y amigos. Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU AGENTE PRINCIPAL.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU PRIMER AGENTE SUPLENTE.

ESCRIBA EN NOMBRE DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU SEGUNDO AGENTE SUPLENTE.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PARTE I: PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

(1) DESIGNACIÓN DEL AGENTE:
Yo,_____ (su nombre), designo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

_____
(nombre del agente)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

Si revoco la potestad de mi agente, o si mi agente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, entonces, nombro a la siguiente persona como mi primer agente suplente:

_____
(nombre del primer agente suplente)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

Si revoco la potestad de mi agente y del primer agente suplente, o si ninguno está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión sobre atención médica por mí, entonces, nombro a la siguiente persona como mi segundo agente suplente:

_____
(nombre del segundo agente suplente)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono particular) (teléfono del trabajo)

AGREGUE INSTRUCCIONES PERSONALES SOLO SI DESEA LIMITAR EL PODER DE SU AGENTE.

(2) POTESTAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado para obtener y revisar los registros médicos, informes e información sobre mí, y para tomar todas las decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones de proporcionar, retener o retirar la nutrición e hidratación artificiales, y todas las otras formas de atención médica para mantenerme con vida, excepto como lo declaro aquí:

_____

_____

_____

_____

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA SOLO SI DESEA QUE LA POTESTAD DE SU AGENTE ENTRE EN VIGOR DE INMEDIATO.

(3) CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA POTESTAD DE MI AGENTE: La potestad de mi agente entra en vigor cuando mi médico de cabecera y otro profesional de la salud calificado determinan que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica. Si marco esta casilla [ ], la potestad de mi agente para tomar decisiones de atención médica por mí se llevará a cabo de inmediato y permanecerá en vigor a pesar de mi incapacidad posterior.

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER DECLARACIÓN DE LOS PÁRRAFOS 3, 4 O 5 QUE NO REFLEJAN SUS DESEOS.

(4) RESPONSABILIDAD DEL AGENTE: Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí con base en este poder notarial para la atención médica, y las instrucciones específicas de atención médica que doy, así como mis otros deseos, en la medida en que mi agente los conozca. Si mis deseos son desconocidos y no pueden determinarse, mi agente tomará las decisiones sobre mi atención médica con base en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que se conozcan.

(5) NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR: Mediante este poder notarial, pretendo evitar una tutela supervisada por la corte para mi atención médica. Si necesito un tutor, quiero que mi agente designado en este formulario sea mi tutor. Si ese agente no puede o no actuará como mi tutor, quiero que mis agentes suplentes, en el orden en que se designen en este formulario, sean mis tutores.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PARTE II: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Si está satisfecho con permitir que su agente determine lo que es mejor para usted al tomar decisiones al final de la vida, no necesita llenar esta parte del formulario. Si llena esta parte del formulario, puede tachar cualquier texto que no desee que aparezca.

(6) DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA: Si no puedo tomar o comunicar decisiones con respecto a mi atención médica, y SI (i) tengo una afección incurable o irreversible que resultará en mi muerte en un tiempo relativamente corto, O (ii) estoy inconsciente y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la consciencia, O (iii) los riesgos y cargas probables del tratamiento superarían los beneficios esperados, ENTONCES, instruyo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi atención médica brinden, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la opción que tiene mis iniciales a continuación:

ESCRIBA SUS INICIALES EN EL PÁRRAFO QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO A LAS MEDIDAS DE SOPORTE VITAL. ESCRIBA SUS INICIALES EN SOLO UNA OPCIÓN.

_____ Elijo NO prolongar mi vida: No quiero que prolonguen mi vida.
_____ Elijo prolongar mi vida: Quiero que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible, dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.
_____ Elijo dejar que mi agente decida: Mi agente, de acuerdo con mi poder notarial para la atención médica, puede tomar decisiones de tratamiento de soporte vital para mí.

(7) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES: Si elegí antes NO prolongar mi vida, también especifico con mis iniciales que:

ESCRIBA SUS INICIALES EN SUS PREFERENCIAS CON RESPECTO A LA NUTRICIÓN Y LA HIDRATACIÓN ARTIFICIALES.

_____ NO quiero nutrición artificial.
O
_____SÍ quiero nutrición artificial.

ESCRIBA SUS INICIALES EN SOLO UNA OPCIÓN PARA LA NUTRICIÓN Y UNA OPCIÓN PARA LA HIDRATACIÓN.

_____ NO quiero hidratación artificial.
O
_____ SÍ quiero hidratación artificial.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

(8) DESIGNACIÓN DE DONACIONES ANATÓMICAS: A mi muerte, especifico como se indica a continuación si elijo hacer una donación anatómica de todos o algunos de mis órganos o tejidos:

_____ ELIJO hacer una donación anatómica de todos mis órganos o tejidos, de los cuales se determinará la idoneidad médica al momento de la muerte, y se puede mantener el apoyo artificial el tiempo suficiente para que los órganos se extirpen.

_____ ELIJO hacer una donación anatómica parcial de algunos de mis órganos y tejidos, según se especifica a continuación, y se puede mantener el apoyo artificial el tiempo suficiente para que los órganos se extirpen:

_____

_____

_____

_____ ME NIEGO a hacer una donación anatómica de mis órganos o tejidos.

_____ ELIJO dejar que mi agente decida.

IMPRIMA LAS INSTRUCCIONES ADICIONALES QUE DESEA QUE SIRVAN COMO GUÍA PARA SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y AGENTE.

AGREGUE INSTRUCCIONES PERSONALES SOLO SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECLARACIÓN DEL PÁRRAFO (9).

(9) ALIVIO DEL DOLOR O INCOMODIDAD: Independientemente de las elecciones que he hecho en este formulario, y salvo que lo indique en el siguiente espacio, instruyo que la mejor atención médica posible para mantenerme limpio(a), cómodo(a) y sin dolor o incomodidad se brinde en todo momento para que mi dignidad se mantenga, incluso si este cuidado acelera mi muerte:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

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

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN

ABORDAR MÁS PLANES DE SU ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR

OTROS PROBLEMAS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

(10) OTROS DESEOS: (Si desea escribir sus propias instrucciones o si desea agregar detalles a las instrucciones antes mencionadas, puede hacerlo aquí). Instruyo que:

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO DE CABECERA.

PARTE III: MÉDICO DE CABECERA

(11) Designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

_____
(nombre del médico)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono)

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO DE CABECERA SUPLENTE.

Si el médico antes designado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico de cabecera, designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

_____
(nombre del médico)

_____
(dirección)

_____
(ciudad) (estado) (código postal)

_____
(teléfono)

(12) EFECTO DE COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(13) REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar estas INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA OPCIONALES en cualquier momento y que, si las revoco, debo notificar de inmediato a mi proveedor de atención médica supervisor y a cualquier institución de servicios de salud donde recibo atención, así como a las personas a las que les proporcioné una copia de este poder notarial. Entiendo que puedo revocar la designación de un agente, ya sea por escrito con mi firma o informando personalmente al proveedor de atención médica que supervisa.

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.

PARTE IV: CUMPLIMIENTO

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN Y, A CONTINUACIÓN, FIRME Y FECHE EL DOCUMENTO.

Nombre _____

Dirección _____

_____

Firma _____ Fecha _____

Se recomienda tener testigos para evitar cualquier inquietud de que este documento pueda ser falsificado, de que se haya visto obligado a firmarlo o de que no represente genuinamente sus deseos.

LOS TESTIGOS SON OPCIONALES, PERO SE RECOMIENDAN.

Testigo n.º 1

Nombre _____

_____

Dirección _____

_____

Firma _____ Fecha _____

Testigo n.º 2

Nombre _____

Dirección _____

_____

Firma _____ Fecha _____

Cortesía de CaringInfo

www.caringinfo.org

© 2005 National Alliance for Care at Home. Revisado en 2023.