

# NUEVA YORK

## Instrucciones anticipadas

### Planificación de decisiones importantes sobre la atención médica

Cortesía de CaringInfo

[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)

CaringInfo, un programa de la National Alliance for Care at Home (Alliance), es una iniciativa nacional de participación del consumidor que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia en 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 de los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos para su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones del lado izquierdo.

#### **ANTES DE COMENZAR**

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en los que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos para 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 o, en el estado de Nueva York, ha estado casado, o es padre o madre.

#### **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 empiece a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con su familia, 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, fotocopíelos, escanéelos o tómeles una foto y entréguelos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a

su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios 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 NUEVA YORK**

Este paquete contiene el documento legal, **Apoderado de atención médica para Nueva York y Testamento en vida**, 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.

El documento Instrucciones anticipadas para Nueva York consta de tres partes. Según sus necesidades de planificación anticipada, puede llenar la Parte I, la Parte II o ambas. **Debe llenar la Parte III.**

La **Parte I, Apoderado de atención médica**, le permite nombrar a una persona, su agente, para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre tratamientos de mantenimiento de la vida, si usted ya no puede hablar por sí mismo. El apoderado de atención médica es especialmente útil, ya que en esta parte se designa a una persona para que hable por usted en algún momento en que sea incapaz de tomar sus propias decisiones de atención médica, no solo al final de la vida.

La **Parte II, Testamento en vida**, le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que usted ya no pueda hablar por sí mismo. La Parte II también le permite indicar sus deseos sobre la donación de órganos, alivio del dolor, disposiciones funerarias y otros deseos de planificación anticipada. Si también llena la Parte I, su testamento en vida será una referencia importante que proporcionará orientación a su agente.

La **Parte III** contiene las disposiciones de firmas y testigos a fin de que su documento sea válido.

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

Si llena la Parte I, **Apoderado de atención médica**, usted (u otra persona bajo su dirección, si usted no es capaz) debe firmar y fechar este documento en presencia de dos testigos adultos. La persona que nombre como su agente o agente suplente no podrá actuar como testigo.

Si solo llena la Parte II, **Testamento en vida**, no hay requisitos especiales de testigos. Sin embargo, dado que su testamento en vida puede utilizarse como prueba de sus deseos, es conveniente que firme y feche este documento en presencia de testigos, al igual que si hubiera llenado la Parte I.

### **¿A quién debo nombrar como mi agente?**

Su agente es la persona que usted designa para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar dichas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o un 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 designar a una segunda persona como su agente suplente. El agente suplente intervendrá si la persona que nombra como agente es incapaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar en su nombre.

No puede nombrar al operador, administrador o empleado de un hospital en el que usted sea paciente o residente o en el que haya solicitado el ingreso, salvo que la persona tenga parentesco con usted por consanguinidad, afinidad o adopción. Su agente tampoco puede actuar como su médico tratante o enfermero especializado. No puede nombrar a una persona que ya sea agente de diez o más personas, a menos que el agente sea su cónyuge, hijo, padre, hermano o abuelo.

Salvo que especifique lo contrario en el espacio destinado a instrucciones adicionales de la página 2 del formulario, si nombra a su cónyuge como su agente, el documento de apoderado de atención médica se revocará automáticamente si se divorcian o se separan legalmente.

### **¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas?**

¡Sí! Una de las razones más importantes para realizar 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 actuar 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 I, **Apoderado de atención médica**, entra en vigor cuando su médico o enfermero especializado determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica.

La Parte II, **Testamento en vida**, entra en vigor cuando su médico o enfermero especializado determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica.

### **Limitaciones del agente**

Su agente estará sujeto a las leyes vigentes en Nueva York en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

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

Puede revocar sus instrucciones anticipadas mediante la notificación verbal o por escrito a su agente o proveedor de atención médica, o mediante cualquier otro acto que demuestre claramente su intención de revocar el documento. Dichos actos pueden incluir romper su documento de instrucciones anticipadas, firmar una revocación por escrito o realizar un nuevo documento de instrucciones anticipadas que incluya términos diferentes.

### **Problemas de salud mental**

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque 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 para 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 permanente que se adapte a sus necesidades. Si usted es residente de un centro gestionado o autorizado por la Oficina de Salud Mental de Nueva York o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo y Debilidad Mental de Nueva York, existen requisitos especiales de testigos que debe consultar con su médico y un abogado.

### **¿Qué otra información importante 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. 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 en 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.

**APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO  
EN VIDA PARA NUEVA YORK: PÁGINA 1 DE 6**

PARTE I

ESCRIBA SU NOMBRE EN  
LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL  
NOMBRE,  
DOMICILIO  
PARTICULAR Y  
NÚMERO DE  
TELÉFONO DE  
SU AGENTE EN  
LETRA DE  
IMPRESA

ESCRIBA EL NOMBRE,  
DOMICILIO PARTICULAR  
Y NÚMERO DE  
TELÉFONO DE SU  
AGENTE SUPLENTE  
EN LETRA DE  
IMPRESA

AÑADA INSTRUCCIONES  
AQUÍ SOLO SI DESEA  
LIMITAR LA POTESTAD  
DE SU AGENTE

ESPECIFIQUE LA FECHA O  
LAS CONDICIONES DE  
VENCIMIENTO, SI LAS  
HUBIERA

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

**Parte I. Apoderado de atención médica**

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente nombro a:  
(nombre)

\_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio particular y número de teléfono del agente)

como mi agente de atención médica.

En caso de que la persona que nombro arriba no sea capaz, no esté dispuesta o no está razonablemente a su alcance actuar como mi agente, por el presente nombro a

\_\_\_\_\_  
(nombre, domicilio particular y número de teléfono del agente)

como mi agente de atención médica.

El presente documento de apoderado de atención médica entrará en vigor en caso de que yo sea incapaz de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica.

Mi agente tiene la potestad para tomar todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica en mi nombre, excepto en la medida en que yo indique lo contrario a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A menos que yo lo revoque, el presente documento de apoderado permanecerá en vigor indefinidamente, o hasta la fecha o en las condiciones que indico a continuación. El presente documento de apoderado expirará (fecha o condiciones específicas, si se desea):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Parte II. APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO EN VIDA PARA NUEVA YORK: PÁGINA 3 DE 6**

PARTE II

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA SOLA DE LAS OPCIONES: (a) O (b)

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON NINGUNA DE LAS OPCIONES, PUEDE ESCRIBIR SUS PROPIAS INSTRUCCIONES EN LA PÁGINA SIGUIENTE

SI ESCRIBE SUS INICIALES EN LA CASILLA (a), PUEDE ESCRIBIR SUS INICIALES EN LOS TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS QUE DESEA SUSPENDER

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

El presente Testamento en vida se elaboró en cumplimiento de la ley del estado de Nueva York, y tiene por objeto ser una prueba "clara y convincente" de mis deseos relativos a las decisiones sobre la atención médica, los cuales indico a continuación.

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración como disposición a seguir en caso de que no sea capaz de participar en las decisiones relativas a mi atención médica. Estas instrucciones reflejan mi compromiso firme y decidido con respecto a la atención médica en las circunstancias que se indican a continuación:

**TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE LA VIDA**

Ordeno que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi atención proporcionen, suspendan o retiren tratamiento de acuerdo con la elección que señalo a continuación: (**Escriba sus iniciales en una sola casilla**)

(a) **Elección de NO prolongar la vida**

No deseo que se prolongue mi vida si tengo una afección mental o física incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, incluidas, entre otras, las siguientes: (a) una afección terminal; (b) un estado de inconsciencia permanente, o (c) un estado de consciencia mínima en el que soy permanentemente incapaz de tomar decisiones o expresar mis deseos. Aunque entiendo que no estoy legalmente obligado a especificar tratamientos futuros si tengo la(s) afección (es) descrita(s) anteriormente, estoy especialmente a favor de las siguientes formas de tratamiento:

- No deseo resucitación cardiaca.
- No deseo respiración mecánica.
- No deseo nutrición ni hidratación artificiales.
- No deseo antibióticos.

O

(b) **Elección de prolongar la vida**

Deseo que mi vida se prolongue el mayor tiempo posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.



DONACIÓN DE  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS INICIALES EN  
LA CASILLA QUE  
CORRESPONDA A SUS DESEOS  
SOBRE LA DONACIÓN DE  
ÓRGANOS

ESCRIBA SUS INICIALES EN  
UNA SOLA OPCIÓN

TACHE LOS FINES CON LOS  
QUE NO ESTÉ DE ACUERDO

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

## APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO EN VIDA PARA NUEVA YORK: PÁGINA 5 DE 6

---

DONACIÓN OPCIONAL DE ÓRGANOS:

A mi fallecimiento: (escriba sus iniciales solo en la casilla que corresponda)

[  ] (a) No dono ninguno de mis órganos, tejidos o partes y no deseo que mi agente, tutor o familia haga una donación en mi nombre;

[  ] (b) Dono los órganos, tejidos o partes necesarios,

O

[  ] (c) Dono únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes:

---

---

---

Mi donación, si la he hecho, es para los siguientes fines: (tache cualquiera de las siguientes opciones que no desee)

- (1) Trasplante
- (2) Terapia
- (3) Investigación
- (4) Educación

**APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO  
EN VIDA PARA NUEVA YORK: PÁGINA 6 DE 6**

---

PARTE III

FIRME Y FECHÉ EL  
DOCUMENTO  
Y ESCRIBA SU NOMBRE Y  
DOMICILIO EN LETRA DE  
IMPRESA

PROCEDIMIENTO  
PARA LOS  
TESTIGOS

SUS  
TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR, FECHAR Y  
ESCRIBIR AQUÍ SUS NOMBRE  
Y DOMICILIOS EN LETRA DE  
IMPRESA

**Parte III. Aplicación**

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

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

Domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro que la persona que firmó el presente documento pareció realizar el testamento en vida de forma voluntaria y libre de coacción. Él o ella firmó (o pidió a otra persona que firmara por él o ella) este documento en mi presencia.

**Testigo 1**

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

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

Domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Testigo 2**

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

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

Domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Cortesía de CaringInfo*  
[www.caringinfo.org](http://www.caringinfo.org)