

# **PENSILVANIA**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de decisiones importantes sobre la 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 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 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 todas las instrucciones.
- 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 entrégueselos a la persona que haya designado para que tome decisiones en su nombre, a

Copyright © 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. Queda expresamente prohibida la reproducción y distribución por parte de una organización o un grupo organizado sin la autorización por escrito de la National Hospice and Palliative Care Organization

sus familiares, 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 PENNSILVANIA**

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de atención médica para Pensilvania**, que consta de cuatro partes, 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 I** contiene una introducción que describe los usos y efectos de este formulario.

La **Parte II** contiene un **Poder notarial duradero para la atención médica**. Esta parte le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas decisiones sobre tratamiento de mantenimiento de la vida, si usted ya no puede hablar por sí mismo. El poder notarial duradero para la atención médica es especialmente útil, ya que designa a una persona para que hable por usted en cualquier momento en que no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte III** contiene el **Testamento en vida**. Su testamento en vida le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención médica y se encuentre inconsciente de forma permanente o padezca una afección en fase terminal.

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

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

Nota: Este documento solo será legalmente vinculante si la persona que lo llena es una persona en pleno uso de sus facultades mentales y, además, cumple una de las siguientes condiciones:

- tiene 18 años o más;
- es graduado de la escuela preparatoria;
- es casado, O
- es un menor emancipado.

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

Para que su documento de instrucciones anticipadas de atención médica sea legalmente vinculante, debe fecharlo y firmarlo, o dar instrucciones a otra persona para que lo haga, en presencia de dos testigos. Ambos testigos deben tener 18 años o más y, si usted no es capaz de firmar su documento de Instrucciones, ninguno de los dos testigos puede ser la persona que firmó el documento de Instrucciones en su nombre.

### **¿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 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.

A menos que sea un pariente suyo, no puede nombrar como su agente:

- a su médico tratante o a otro proveedor de atención médica, o
- al propietario, operador o empleado de un centro de atención médica en el que usted reciba atención.

Puede designar a una segunda persona como su agente suplente. Un agente suplente intervendrá si la persona que nombra como agente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar en su nombre.

### **¿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 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.

Debe informar a la persona que nombre en la Parte II, **Poder notarial duradero para la atención médica**, que la designó como su agente de atención médica y hablarle sobre sus creencias y valores para que su agente de atención médica entienda sus objetivos de atención médica, incluido si desea limitar o suspender medidas de mantenimiento de la vida en caso de que se encuentre inconsciente de forma permanente o padezca una afección en fase terminal. Además, debe indicar a su agente de atención médica si desea donar órganos, tejidos, ojos u otras partes del cuerpo. Es importante saber que, si usted decide donar determinadas partes del cuerpo, esto puede afectar los arreglos funerarios.

### **¿Cuándo entra en vigor la potestad de mi agente?**

Su **Poder notarial duradero para la atención médica** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica.

Su **Testamento en vida** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones sobre la atención médica, y se encuentra inconsciente de forma permanente o padece una afección en fase terminal.

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

### **Limitaciones del agente**

Las Instrucciones para Pensilvania de una paciente embarazada no se respetarán debido a las restricciones de la ley estatal, a menos que el tratamiento de mantenimiento de la vida no permita el desarrollo y el nacimiento con vida del feto, sea físicamente perjudicial para la mujer embarazada o le cause dolor que no pueda aliviarse con medicamento.

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

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

Usted puede revocar sus Instrucciones anticipadas de atención médica para Pensilvania en cualquier momento y de cualquier forma. Su revocación entrará en vigor cuando usted, o un testigo de su revocación, se lo notifique a su médico o a otro proveedor de atención médica.

A menos que especifique lo contrario, si designó a su cónyuge como su agente, su designación se revocará automáticamente si alguno de los dos presenta una demanda de divorcio. Puede especificar en la página 7 del formulario que desea que su cónyuge continúe siendo su agente, aunque se presente una demanda de divorcio si no desea que ocurra dicha revocación automática.

En la Parte III, **Testamento en vida**, puede incluir instrucciones relativas a la atención al final de la vida y a su opinión con respecto a la donación de órganos y tejidos. Si cambian sus deseos sobre la donación de órganos, tejidos u ojos, comuníquese a su médico y redacte un nuevo documento de instrucciones anticipadas de atención médica que sustituya al anterior. Si no desea donar manos, tejido facial o extremidades, es importante que lo aclare en sus instrucciones.

### **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 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 prehospitolaria" 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.

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENSILVANIA: PÁGINA 1 DE 15**

---

### **PARTE I: OBSERVACIONES PRELIMINARES SOBRE LA TOMA DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Usted tiene derecho a decidir el tipo de atención médica que desea.

En caso de que ya no esté en condiciones de entender, tomar o comunicar decisiones sobre la atención médica, posiblemente se seguirán sus deseos de tratamiento médico si los expresa con antelación al:

- (1) nombrar a un agente de atención médica para que decida el tratamiento por usted, y
- (2) dar instrucciones sobre tratamiento médico a su agente o proveedor de atención médica.

Las instrucciones anticipadas de atención médica son un conjunto de instrucciones escritas que expresan sus deseos de tratamiento médico. Puede contener un poder notarial para la atención médica mediante el cual usted nombra a una persona denominada "agente de atención médica" para que decida el tratamiento por usted, y un testamento en vida, en el cual usted indica a su agente de atención médica y a los proveedores de atención médica sus elecciones relativas al inicio, continuación, suspensión o retiro de tratamiento de mantenimiento de la vida y otras instrucciones específicas.

Usted puede limitar la participación de su agente de atención médica en la decisión de su tratamiento médico, de modo que su agente de atención médica hable en su nombre solo cuando usted no sea capaz de hablar por sí mismo, o puede otorgar a su agente de atención médica la facultad de hablar en su nombre de forma inmediata. Este formulario combinado otorga a su agente de atención médica la facultad de hablar en su nombre solo cuando usted no sea capaz de hablar por sí mismo. Un testamento en vida no puede cumplirse a menos que su médico tratante determine que usted carece de la capacidad para entender, tomar o comunicar decisiones sobre la atención médica por sí mismo y se encuentra inconsciente de forma permanente o padece una afección en fase terminal, que es una afección que provocará el fallecimiento a pesar de la incorporación o continuación de tratamiento médico. Usted, y no su agente de atención médica, sigue siendo responsable del costo de su atención médica.

Si no redacta con antelación sus deseos sobre su atención médica y si más adelante ya no está en condiciones de entender, tomar o comunicar estas decisiones, es posible que dichos deseos no se respeten debido a que los demás puedan no conocerlos.

Un proveedor de atención médica que se niegue a respetar sus deseos sobre la atención médica debe informarle de su negativa y ayudar a transferirle a un proveedor de atención médica que respete sus deseos.

INFORMACIÓN  
GENERAL

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

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENSILVANIA: PÁGINA 2 DE 15

---

Debe entregar una copia de sus instrucciones anticipadas de atención médica (un testamento en vida, un poder notarial para la atención médica o un documento como este que contenga ambos) a su agente de atención médica, a sus médicos, familiares y a otras personas que considere que posiblemente atenderán sus necesidades si usted ya no está en condiciones de entender, tomar o comunicar decisiones sobre la atención médica. Si sus deseos de atención médica cambian, comuníquese a su médico y redacte nuevas instrucciones anticipadas de atención médica que sustituyan a las anteriores. Al momento de seleccionar a un agente de atención médica, es importante que elija a una persona de su confianza que pueda estar disponible en una situación médica en la que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo. Debe informar a esa persona que la designó como su agente de atención médica y hablarle sobre sus creencias y valores para que su agente de atención médica entienda sus objetivos de atención médica.

Si lo desea, puede consultar con personas informadas y de confianza, como sus familiares, su médico o clérigos, al momento de considerar expresar sus valores y deseos de atención médica. Usted es libre de crear sus propias instrucciones anticipadas de atención médica para expresar sus deseos relativos a tratamiento médico. El siguiente formulario es un ejemplo de instrucciones anticipadas de atención médica que combina un poder notarial para la atención médica y un testamento en vida.

### NOTAS SOBRE EL USO DE ESTE FORMULARIO

Si decide utilizar este formulario o crear sus propias instrucciones anticipadas de atención médica, debe consultar a su médico y a su abogado para asegurarse de que sus deseos están claramente expresados y cumplan la ley.

Si decide utilizar este formulario, pero no está de acuerdo con alguno de sus párrafos, puede tacharlos.

Puede añadir comentarios a este formulario o utilizar su propio formulario para ayudar a su médico o a su agente de atención médica a decidir su atención médica.

Este formulario está destinado a otorgar a su agente de atención médica amplias facultades para tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre cuando usted no pueda tomarlas por sí mismo. También está destinado a expresar el deseo de limitar o autorizar atención si padece una afección en fase terminal o se encuentra inconsciente de forma permanente. Si no desea otorgar a su agente de atención médica amplias facultades, o no desea limitar su atención en caso de que padezca una afección en fase terminal o se encuentre inconsciente de forma permanente, puede utilizar un formulario diferente o crear uno propio. **ADEMÁS, DEBE UTILIZAR UN FORMULARIO DIFERENTE SI DESEA EXPRESAR SUS PREFERENCIAS CON MÁS DETALLE DEL QUE ESTE FORMULARIO PERMITE O SI DESEA QUE SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

INFORMACIÓN  
GENERAL  
(CONTINUACIÓN)

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

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENSILVANIA: PÁGINA 3 DE 15

---

**PUEDA HABLAR EN SU NOMBRE DE FORMA INMEDIATA** En estas situaciones, es especialmente importante que consulte a su abogado y a su médico para asegurarse de que sus deseos están claramente expresados.

Este formulario le permite comunicar a su agente de atención médica sus propósitos en caso de que padezca una afección en fase terminal u otra afección extrema e irreversible, como la enfermedad de Alzheimer avanzada. ¿Desea que la atención médica se administre agresivamente en estas situaciones o considera que dicha atención médica agresiva es onerosa e indeseable?

Usted puede elegir si desea que su agente de atención médica se rija por sus instrucciones o si desea que su agente de atención médica pueda decidir en ese momento el curso del tratamiento que considere que refleja mejor sus deseos y valores.

Si usted es mujer y se le diagnostica un embarazo en el momento en que se pudiera tomar una decisión sobre la atención médica conforme a este formulario, las leyes de esta Mancomunidad prohíben el cumplimiento de dicha decisión si esta da instrucciones para que se le suspenda o retire tratamiento de mantenimiento de la vida, incluidas la alimentación y la hidratación, a menos que su médico tratante y un obstetra que la hayan examinado certifiquen en su expediente médico que el tratamiento de mantenimiento de la vida:

- (1) no la mantendrá en condiciones que permitan el desarrollo continuo y el nacimiento con vida del feto;
- (2) le causará daños físicos, o
- (3) le causará dolor que no puede aliviarse con medicamento.

Un médico no está obligado a realizarle una prueba de embarazo a menos que tenga motivos para creer que puede estar embarazada.

La ley de Pensilvania protege a su agente de atención médica y a los proveedores de atención médica de cualquier responsabilidad legal por seguir de buena fe sus deseos como se expresan en el formulario o por la indicación de su agente de atención médica. Por lo demás, no modifica las normas profesionales ni excusa la negligencia en el cumplimiento de sus deseos. Si tiene alguna duda sobre la ley, consulte a un abogado para obtener orientación.

Este formulario y esta explicación no tienen la intención de sustituir la asesoría legal o médica específica, para la cual debe basarse en su propio abogado y médico.

INFORMACIÓN  
GENERAL  
(CONTINUACIÓN)

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

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA  
PENSILVANIA: PÁGINA 4 DE 15**

---

**PARTE II: PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN  
MÉDICA**

ESCRIBA SU  
NOMBRE Y  
CONDADO EN  
LETRA DE  
IMPRESA

Yo, \_\_\_\_\_, del Condado de

\_\_\_\_\_, Pensilvania, designo a la persona  
que se nombra a continuación como mi agente de atención médica para que  
tome decisiones sobre la atención médica y el cuidado personal por mí.

Con efecto inmediato y de forma continua hasta mi fallecimiento o revocación  
mediante un escrito firmado por mí o por una persona autorizada para tomar  
decisiones de tratamiento médico en mi nombre, autorizo a todos los  
proveedores de atención médica u otras entidades cubiertas a revelar a mi  
agente de atención médica, a petición de mi agente, cualquier información, oral  
o escrita, relativa a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, expedientes  
médicos y hospitalarios y lo que de otro modo se considere información médica  
privada, privilegiada, protegida o personal, como la información médica que se  
define y describe en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros  
Médicos de 1996 (Ley Pública 104-191, Estatuto 110: 1936), en los reglamentos  
dictados en virtud de la misma y en cualquier otra ley y norma estatal o local.  
La información revelada por un proveedor de atención médica u otra entidad  
cubierta podrá volver a revelarse y dejará de estar sujeta a las normas de  
privacidad establecidas en la Parte 164 del Título 45 del Código de Reglamentos  
Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

El resto de este documento entrará en vigor cuando y solo cuando yo carezca de  
la capacidad para entender, tomar o comunicar una elección relativa a una  
decisión de atención médica o cuidado personal según lo verificado por mi  
médico tratante. Mi agente de atención médica no puede delegar la potestad  
para tomar decisiones.

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENSILVANIA: PÁGINA 5 DE 15**

---

MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA TIENE TODAS LAS FACULTADES SIGUIENTES, SUJETAS A LAS INSTRUCCIONES SOBRE TRATAMIENTO MÉDICO QUE YO DÉ EN ESTE DOCUMENTO (TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS FACULTADES QUE NO DESEE OTORGAR A SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA):

1. Autorizar, suspender o retirar atención médica y procedimientos quirúrgicos.
2. Autorizar, suspender o retirar la nutrición (alimentos) o la hidratación (agua) suministrada médicamente por sonda a través de mi nariz, estómago, intestinos, arterias o venas.
3. Autorizar mi ingreso o alta en un centro médico, de enfermería, residencial o similar y establecer acuerdos para mi atención y seguro médico para mi atención, incluidos cuidados de hospicio o cuidados paliativos.
4. Contratar y despedir a personal médico, de servicios sociales y demás personal de apoyo responsable de mi atención.
5. Empezar cualquier acción legal necesaria para cumplir mis instrucciones.
6. Solicitar que un médico responsable de mi atención emita una orden de no resucitar (DNR), incluida una orden DNR extrahospitalaria, y firmar los documentos y consentimientos necesarios.
7. Autorizar o negarse a autorizar la donación de lo que tradicionalmente se consideran órganos (por ejemplo, corazón, pulmón, hígado, riñón), tejidos, ojos u otras partes del cuerpo.
8. Autorizar o negarse a autorizar la donación de manos, tejido facial, extremidades u otros aloinjertos compuestos vascularizados.

TACHE Y ESCRIBA  
SUS INICIALES EN  
LAS FACULTADES  
QUE NO DESEA QUE  
SU AGENTE POSEA

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA  
PENSILVANIA: PÁGINA 6 DE 15**

*DESIGNACIÓN DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA*

Agente de atención médica:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y relación)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

SI NO NOMBRA A UN AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA, LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA PEDIRÁN AYUDA A SUS FAMILIARES O A UN ADULTO QUE CONOZCA SUS PREFERENCIAS Y VALORES PARA DETERMINAR SUS DESEOS DE TRATAMIENTO.

TENGA EN CUENTA QUE NO PUEDE NOMBRAR A SU MÉDICO O A OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA COMO SU AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA A MENOS QUE SEA PARIENTE SUYO POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD O ADOPCIÓN.

Si mi agente de atención médica no está disponible o si mi agente de atención médica es mi cónyuge y cualquiera de los dos presenta una demanda de divorcio después de la fecha de este documento, designo a la persona o personas nombradas a continuación en el orden indicado. (Es útil, pero no obligatorio, nombrar a agentes de atención médica suplentes).

Primer agente de atención médica suplente:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y relación)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Segundo agente de atención médica suplente:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y relación)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Particular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA RELACIÓN, EL DOMICILIO, EL NÚMERO DE TELÉFONO Y LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE SU AGENTE

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA RELACIÓN, EL DOMICILIO, EL NÚMERO DE TELÉFONO Y LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE SUS AGENTES DE ATENCIÓN MÉDICA SUPLENTE

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA  
PENSILVANIA: PÁGINA 7 DE 15**

---

*GUÍA PARA EL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA (OPCIONAL)*

Al momento de tomar decisiones sobre la atención médica en mi nombre, mi agente de atención médica debe considerar las acciones que serían coherentes con las conversaciones que mantuvimos en el pasado, con las preferencias de tratamiento que expresé en este u otro documento, con mis creencias y valores religiosos y de otro tipo, y con la forma en que traté cuestiones médicas y otras cuestiones importantes en el pasado. Si aún no está claro lo que yo decidiría, mi agente de atención médica debe tomar por mí las decisiones que mi agente de atención médica considere más convenientes a mis intereses, teniendo en cuenta los beneficios, los obstáculos y los riesgos de mis circunstancias actuales y las opciones de tratamiento.

Ofrezco las siguientes instrucciones como guía adicional a mi agente de atención médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AÑADA OTRAS INSTRUCCIONES, SI LAS HUBIERA, RELATIVAS A 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

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENSILVANIA: PÁGINA 8 DE 15

### PARTE III: TESTAMENTO EN VIDA

Las siguientes instrucciones sobre tratamiento médico ejercen mi derecho a tomar mis propias decisiones sobre la atención médica. Estas instrucciones tienen la intención de proporcionar pruebas claras y convincentes de mis deseos para que se sigan cuando carezca de la capacidad para entender, tomar o comunicar mis decisiones de tratamiento:

SI PADEZCO UNA AFECCIÓN EN ETAPA TERMINAL (QUE PROVOCARÁ MI FALLECIMIENTO A PESAR DE LA INCORPORACIÓN O CONTINUACIÓN DE UN TRATAMIENTO MÉDICO) O ME ENCUENTRO INCONSCIENTE DE FORMA PERMANENTE, COMO EN UN COMA IRREVERSIBLE O EN UN ESTADO VEGETATIVO IRREVERSIBLE, Y NO HAY ESPERANZAS REALISTAS DE RECUPERACIÓN SIGNIFICATIVA, SE APLICARÁN TODAS LAS CONDICIONES SIGUIENTES (TACHE LAS INSTRUCCIONES DE TRATAMIENTO CON LAS QUE NO ESTÉ DE ACUERDO)

1. Doy instrucciones para que se me administre tratamiento médico para aliviar el dolor o brindar comodidad, aunque dicho tratamiento pueda acortar mi vida, suprimir mi apetito o mi respiración o crear dependencia.
2. Doy instrucciones para que todos los procedimientos para prolongar la vida se suspendan o retiren. Si lo desea, puede consultar a su médico y a su abogado para determinar si las opciones que eligió en relación con la atención al final de la vida son compatibles con la donación anatómica. Para donar un órgano, es posible que se requiera mantener su cuerpo con soporte artificial después de haber sido declarado muerto para facilitar la donación anatómica. Puede encontrar información detallada sobre los procedimientos para ser declarado con muerte cerebral o muerto por falta de función cardíaca, así como información sobre la donación de órganos, en la página de Internet de acceso público del Departamento de Transporte.
3. Específicamente no deseo ninguno de los siguientes procedimientos para prolongar la vida: (Si desea recibir alguno de estos tratamientos, escriba "Sí quiero" después de la opción de tratamiento)

Reanimación cardiopulmonar (RCP) \_\_\_\_\_  
Ventilador mecánico (respirador) \_\_\_\_\_  
Diálisis (máquina renal) \_\_\_\_\_  
Cirugía \_\_\_\_\_  
Quimioterapia \_\_\_\_\_  
Radioterapia \_\_\_\_\_  
Antibióticos \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN  
SOBRE EL  
TESTAMENTO EN  
VIDA

TACHE LAS  
INSTRUCCIONES DE  
TRATAMIENTO CON  
LAS QUE NO ESTÉ  
DE ACUERDO

ESCRIBA "SÍ  
QUIERO" SI  
DESEA RECIBIR  
ESTOS  
TRATAMIENTOS

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

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENNSILVANIA: PÁGINA 9 DE 15

---

Indique si desea que se le suministre medicamento nutrición (alimentos) o hidratación (agua) por sonda a través de la nariz, el estómago, los intestinos, las arterias o las venas si padece una afección en fase terminal o se encuentra inconsciente de forma permanente y no hay esperanzas realistas de una recuperación significativa.

### *ALIMENTACIÓN POR SONDA*

\_\_\_\_\_ Deseo que se me administre

alimentación por sonda O

\_\_\_\_\_ No deseo que se me administre alimentación por sonda

4. Si autorice la donación de un órgano (por ejemplo, corazón, hígado o un pulmón) o de un aloinjerto compuesto vascularizado en la siguiente sección de este documento, autorizo el uso de soporte artificial, incluido un respirador, durante un periodo limitado después de que se me declare muerto para facilitar la donación.

5. Específicamente no deseo recibir soporte artificial después de que se me declare muerto.

### *SEGUIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES POR PARTE DEL AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA*

\_\_\_\_\_ Mi agente de atención médica debe seguir estas

instrucciones O

\_\_\_\_\_ Estas instrucciones son solo orientativas. Mi agente de atención médica tendrá la última palabra y podrá anular cualquiera de mis instrucciones (indique cualquier excepción aquí): \_\_\_\_\_

---

---

---

Si no designe un agente de atención médica, se seguirán estas instrucciones.

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA OPCIÓN

TACHE LAS  
INSTRUCCIONES  
SOBRE  
TRATAMIENTO CON  
LAS QUE NO ESTÉ  
DE ACUERDO

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA OPCIÓN

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

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA  
PARA PENNSILVANIA: PÁGINA 10 DE 15**

---

PROTECCIÓN LEGAL

La ley de Pensilvania protege a mi agente de atención médica y a los proveedores de atención médica de cualquier responsabilidad legal por sus acciones de buena fe al seguir mis deseos como se expresan en este formulario o al cumplir las indicaciones de mi agente de atención médica. Además, en mi nombre, en el de mis albaceas y herederos, eximo a mi agente de atención médica y a mis proveedores de atención médica de toda responsabilidad y los indemnizo por cualquier reclamo por sus acciones de buena fe al reconocer la potestad de mi agente de atención médica o al seguir mis instrucciones de tratamiento.

FIRME Y FECHA

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENSILVANIA: PÁGINA 11 DE 15**

---

### INFORMACIÓN SOBRE LA DONACIÓN ANATÓMICA

#### INFORMACIÓN SOBRE LA DONACIÓN ANATÓMICA

Donar un órgano u otra parte del cuerpo es un acto voluntario. Según la ley de Pensilvania, usted no está obligado a donar órganos ni ninguna otra parte de su cuerpo. Es importante conocer el efecto de la donación de órganos en sus decisiones sobre la atención al final de la vida de manera que se cumplan sus deseos sobre la atención al final de la vida. Si una persona desea ser donante de órganos, es posible que se le mantenga con soporte artificial después de que haya sido declarada muerta para facilitar la donación anatómica. Puede encontrar información detallada sobre el procedimiento de recuperación de órganos y otras partes del cuerpo, así como información detallada sobre la muerte cerebral y cardíaca, en la página de Internet de acceso público del Departamento de Transporte.

Según la ley de Pensilvania, el nombramiento como donante de órganos en la licencia de conducir autoriza a la persona a donar lo que tradicionalmente se consideran órganos (por ejemplo, oído, pulmón, hígado, riñón) y tejido y no autoriza a la persona a donar manos, tejido facial, extremidades u otros aloinjertos compuestos vascularizados.

Según la ley de Pensilvania, es necesario el consentimiento explícito y específico para donar manos, tejido facial, extremidades y otros aloinjertos compuestos vascularizados. La donación de estas partes del cuerpo es voluntaria. Puede encontrar información sobre el procedimiento para trasplantar manos, tejido facial y extremidades en la página de Internet de acceso público del Departamento de Transporte. Es importante saber que la donación de una mano, extremidad o tejido facial puede afectar los arreglos funerarios y que tal vez no sea posible tener un ataúd abierto.



**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA  
PENSILVANIA: PÁGINA 13 DE 15**

---

**DONACIÓN DE MANOS, TEJIDO FACIAL, EXTREMIDADES Y OTROS ALOINJERTOS  
COMPUESTOS VASCULARIZADOS**

INCLUYA  
CUALQUIER  
LIMITACIÓN QUE  
DESEE EN  
RELACIÓN CON LA  
DONACIÓN DE  
MANOS, TEJIDO  
FACIAL,  
EXTREMIDADES U  
OTROS ALÓGRAFOS  
COMPUESTOS  
VASCULARIZADOS

Doy mi consentimiento para realizar una donación de mis manos, tejido facial, extremidades u otros aloinjertos compuestos vascularizados. También entiendo que tengo la opción de solicitar reconstrucciones de mi cuerpo en preparación para el funeral y que es posible que no se pueda proteger el anonimato de la identidad en el caso de la donación de manos, tejido facial o extremidades. También entiendo que los arreglos funerarios pueden verse afectados y que un ataúd abierto puede no ser posible. Además, entiendo que es posible que el hospital proporcione soporte artificial, que puede incluir un respirador, después de que se me declare muerto con el fin de facilitar la donación.

Escriba cualquier limitación que desee en la donación de manos, tejido facial, extremidades u otros aloinjertos compuestos vascularizados y si desea solicitar cirugía reconstructiva antes del funeral:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRME Y FECHE SI  
DECIDE DAR SU  
CONSENTIMIENTO  
A ESTA  
DISPOSICIÓN

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PENSILVANIA: PÁGINA 14 DE 15

---

ESCRIBA SU  
NOMBRE Y LA  
FECHA EN LETRA  
DE IMPRENTA Y  
FIRME AQUÍ

FIRME Y FECHÉ SI  
DECIDE NEGARSE A  
DONAR CUALQUIER  
PARTE DE SU CUERPO

### NEGATIVA A DONAR CUALQUIER PARTE DEL CUERPO

No doy mi consentimiento para donar órganos, tejidos ni ninguna otra parte de mi cuerpo, incluidas manos, tejido facial, extremidades u otros aloinjertos compuestos vascularizados. Esta disposición sirve como negativa a donar cualquier parte de mi cuerpo. Esta disposición también sirve como revocación de cualquier decisión previa que haya tomado para donar órganos, tejidos u otras partes de mi cuerpo, incluidas manos, tejido facial, extremidades u otros aloinjertos compuestos vascularizados realizada en un documento anterior, incluida licencia de conducir, testamento, poder notarial, poder notarial para la atención médica u otro documento.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA  
PENSILVANIA: PÁGINA 15 DE 15**

---

**PARTE IV: FIRMA**

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre en letra de imprenta), después de haber leído atentamente este documento, lo firmé este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_, revocando todos los poderes notariales para la atención médica anteriores y las instrucciones sobre tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
(FIRME CON SU NOMBRE COMPLETO EL PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y LAS INSTRUCCIONES SOBRE TRATAMIENTO MÉDICO AQUÍ)

FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

La ley de Pensilvania exige a dos testigos que tengan al menos 18 años, que deben dar fe de su firma en presencia del otro. Una persona que firma este documento en nombre y bajo la dirección de un mandante no puede ser un testigo. (Se recomienda que los testigos no sean sus herederos, ni sus acreedores, ni empleados de ninguno de sus proveedores de atención médica).

NEGATIVA A DONAR  
CUALQUIER PARTE  
DEL CUERPO

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